وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد و أمراض النساء

بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في التوليد و أمراض النساء و جراحتها

بعنوان

أثر التدريب في دار التوليد الجامعي في التشخيص الباكر والمعالجة الصحيحة لحالات نزوف الخلاص -دراسة تدخُلية

The role of training in DAR AL-TAWLEED university hospital on early diagnosis and correct management of postpartum hemorrhage -intervention study

رئاسة الأستاذ الدكتور **إشراف الأستاذة الدكتورة**

صلاح شيخة **أسماء عبد السلام**

إعداد الدكتور ماهر أحمد العزيزي

دمشق ٢٠١٠

الفهرس

القسم النظري

مقدمة ***Introduction***:

يعتبر نزف الخلاص postpartum hemorrhage من أهم المسببات للوفيات الوالدية في العالم.

فحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية WHOفي عام ١٩٩٠ كانت نسبة الوفيات ٢٥% من ٥٨٥ ألف امرأة .

وإن كان نزف الخلاص لا يتربع على عرش الأسباب المؤدية للوفيات الوالدية في الدول المتقدمة ،حيث تختلف نسبة تسببه بالوفيات بين الدول المتقدمة ودول العالم الثالث (١ من ١٠٠٠٠٠ مقابل ١ من ١٠٠٠)على التوالي .

فإنه يصنف ضمن الأسباب الرئيسة الأربعة للوفيات الوالدية وهي :الصمة الخثرية، ارتفاع التوتر الشرياني ،الصمة الأمنيوسية، والنزف بعد الولادة.حيث تشكل نسبة حدوث نزف الخلاص ٤%وذلك نتيجة التطور الحاصل في تدبيره.

ونظرا" لخطورة نزف الخلاص ولإمكانية تقليل دوره المميت من خلال إتباع قواعد ونظم للوقاية و التدبير ,تأتي هذه الدراسة على أمل أن تؤدي الغرض , وتكون حجر أساس في منظومة تهدف إلى تطوير الخدمة الطبية المقدّمة لكل سيدة ,للحد من خطورة نزف الخلاص أو على أقل تقدير التقليل من تماديه في التسبب بالوفيات الوالدية.

تعريف نزف الخلاص Definition: [١،٥٠]

إن أفضل تعريف وتشخيص لنزف الخلاص هو سريري .[١،٢]

إن أي نزف تالي للولادة ويؤدي لظهور أعراض وعلامات نقص الحجم عند المريضة هو حالة نزف خلاص.

(أعراض وعلامات نقص الحجم: دوار، دوخة ، غشي، هبوط ضغط، تسرع نبض، شح بول)

وهنا جدول يوضح الأعراض والعلامات حسب كمية الدم المفقود[٣]

الدم المفقود:نسبة% (مل)	الضغط ملم ز	العلامات و الأعراض
١٠-١٥% (٥٠٠-١٠٠٠)	طبيعي	خفقان-دوخة-تسرع نبض
١٥-٢٥%(١٠٠٠-١٥٠٠	منخفض قليلا	ضعف-تعرق-تسرع نبض-
٢٥-٣٥%(١٥٠٠-٢٠٠٠)	٧٠-٨٠	هياج-تخليط-شحوب-شح بول
٣٥-٤٥%(٢٠٠٠-٣٠٠٠	٥٠-٧٠	غياب الوعي-صعوبة تنفس-انقطاع البول-انهيار

ومن التعاريف الأخرى المطروقة لتعريف نزف الخلاص هناك التعريف الكلاسيكي الشائع[١٥] وهو:حدوث نزف يقدر ب > ٥٠٠ مل بعد الولادة المهبلية، و>١٠٠٠ مل بعد الولادة القيصرية ،وتم شرح عدم كفاية هذا التعريف في عدد من الدراسات والّتي عمدت إلى تقدير كمية النزف التالي للولادة المهبلية و القيصرية فكانت النتائج على التوالي (٤٠٠-٦٠٠، ١٠٠٠ مل) .

ومن التعاريف الأخرى هبوط قيمة الهيماتوكريت بمقدار ١٠% بعد الولادة عما كان عليه قبل الولادة، ويعتبر هذا التعريف غير مفيد سريريا" وذلك بسبب :

- إن حدوث النزف الحاد يعتبر حالة اسعافية تتوجب التدخل السريع دون اللجوء إلى انتظار هبوط في قيمة الهيماتوكريت

- إن التغيرات المخبرية والتي لا تتماشى مع الحدثية المرضية ،والتي تعرض المريض إلى خطر يجب عدم اعتمادها في تعريف الحالات الاسعافية .

- بالإضافة إلى وجود حالات مثل الانسمام الحملي ،والتجفاف تؤدي إلى حدوث هبوط في قيمة الهيماتوكريت (عما كان عليه قبل الولادة) بعد الولادة وذلك في غياب أي نزف بعد الولادة.

- ومن الجدير بالذكر أن نزف الخلاص يقسم إلى:

-نزف خلاص بدئي Primary والذي يحدث خلال ٢٤ساعة من الولادة ويسمى نزف الخلاص الباكر Early.

-نزف خلاص ثانوي Secondary والذي يحدث بعد ٢٤ساعة إلى ١٢ أسبوع بعد الولادة ويسمى متأخر Late.

إذا وبالنتيجة نخلص إلى أن أفضل تعريف لنزف الخلاص هو التعريف السريري (أعراض وعلامات نقص الحجم المذكورة سابقا) ومن هنا تأتي أهمية المراقبة ما بعد الولادة وخصوصا" لدى عاليات الخطورة لحدوث نزف خلاص.

التشخيص التفريقي Deferential diagnosis:[٤]

إن وجود الدوخة ،الغشي ، الدوار ،شح البول ، تسرع النبض ، هبوط الضغط ، بعد الولادة غالبا" ما يدل على حدوث نزف خلاص .وعلى الرغم من أن المنعكس المبهمي ، و توسع الأوعية الناجم عن الأدوية قد يسببان مثل هذه الأعراض فإن هاتين الحالتين تعتبران قليلتي الحدوث وخصوصا" مباشرة بعد الولادة وغير خطيرتين وعكوستين[٥،٦] .

يجب النتباه إلى عدم اعطاء الأدوية الرافعة للضغط لمريضة مجرى لها تخدير ناحي إذا كان لديها نزف غزير

لمحة فيزيولوجية:[٦،٧،٨]

يتم ضبط النزف بعد الولادة من موقع انفكاك المشيمة باشتراك عاملين :

الأول هو انقباض العضلة الرحمية وهو أهم عامل في عدم حدوث النزف التالي للولادة .

والثاني هو عوامل الإرقاء الساقطي متضمنة" عامل نسيجي هو مثبط البلازمينوجين المفعل نمط١ ، وعوامل التخثر الجهازية ، والصفيحات.

حيث بالقرب من تمام الحمل يقدر الجريان الدموي بين الزغابات المشيمية بحوالي ٦٠٠مل/د وحين انفصال المشيمة تتمزق الشرايين والأوردة الرحمية والتي تحمل الدم من وإلى المشيمة لذلك من الضروري حدوث انقباض في العضلة الرحمية لضغط الأوعية لسد لمعتها لذلك يعتبر انقباض العضلة الرحمية أهم عامل في عدم حدوث نزف خلاص.

عوامل الخطورة لحدوث نزف الخلاص Risk factors:[١١،١٢]

من العوامل التي قد تترافق أو تكون مؤهبة لحدوث نزف الخلاص نذكر:

١- فرط تمدد العضلة الرحمية (جنين عرطل ،استسقاء أمنيوسي ، حمل متعدد) .
٢- الإنتان الكوريوني الأمنيوسي .
٣- الأدوية المرخية للرحم (هالوثان ،سلفات المغنزيوم ، مشابهات بيتا) .
٤- وهن العضلة الرحمية بعد مخاض شاق وطويل أو بعد تحريض المخاض .
٥- عديدات الولادة .
٦- تطاول الطور الثاني .
٧- المشيمة المندخلة .
٨- الخروسات (خزع الفرج الواقي) .
٩- ارتكاز المشيمة المعيب .
١٠- قصة سابقة لنزف خلاص .

١١- سوابق قيصرية أو عمل جراحي على الرحم .
١٢- البدانة .
١٣- ما قبل الارجاج .
١٤- العرق الاسباني و الأسيوي .

وعلى الرغم من أن عدد قليل من هؤلاء السيدات مع عوامل خطورة سيحدث لديهن نزف خلاص [١٢]، والعديد من السيدات بدون عوامل خطورة قد يحدث لديهن نزف خلاص ،فإنه يجب علينا بوجود عوامل الخطورة السابقة الإنتباه ورفع درجة الحذر وأخذ التدابير التي تسمح بالتدخل السريع دون تأخير عند حدوث الولادة .

الإختلاطات Complications:[١٢]

قد يسبب نزف الخلاص العديد من الإختلاطات الخطيرة والمهددة للحياة وقد تتراوح الإختلاطات من عدم القدرة على الإنجاب(التالي لاستئصال الرحم وتناذر آشرمان) إلى الوفاة ومن هذه الإختلاطات:

- الوفاة .
- متلازمة العسرة التنفسية**ARDS**
- صدمة نقص الحجم وقصور الأعضاء المتعدد:قصور الكلية ،السكتة الدماغية ، قصور القلب ، قصور النخامة (متلازمة شيهان)
- فرط حمل السوائل: وذمة رئة ، اعتلال التخثر بالتمديد .
- فقر الدم
- اختلاطات نقل الدم
- اختلاطات التخدير
- الإنتان ، انتان الجروح ، ذات الرئة
- خثار وريدي ، صمة خثرية
- التعقيم غير المخطط له عند اجراء استئصال الرحم
- تناذر آشرمان التالي للتجريف .

السببيات Etiology:[١٣]

إن أهم أسباب حدوث نزف الخلاص هي:

العطالة الرحمية ، تمزقات السبيل التناسلي ، البقايا المشيمية ، اضطراب عوامل التخثر والتي يمكن اجمالها ب 4T

- TONE: ٧٠-٨٠%
- TRAUMA:٢٠%
- TISSUE:١٠%
- THROMBIN:١%

العطالة الرحمية: تعتبر أشيع سبب لحدوث نزف الخلاص حيث تعتبر مسؤولة عن ٨٠% من حالات نزف الخلاص.

يمكن أن يكون سبب العطالة الرحمية :[٥١]

- تمدد زائد للعضلة الرحمية كما في الحمل المتعدد ، الاستسقاء الأمنيوسي ، العرطلة الجنينية.
- الإنتان الامنيوسي .
- مرخيات الرحم .
- تعب العضلة الرحمية بسبب المخاض الشاق والعسير أو تحريض المخاض .
- انقلاب باطن الرحم .
- البقايا المشيمية.

تمزقات السبيل التناسلي :

- تمزق الرحم.
- تمزق عنق الرحم .
- تمزقات المهبل.
- تمزقات العجان .
- الأورام الدموية.
- انقلاب باطن الرحم.

البقايا المشيمية :

- ✓ بقاء فلق مشيمية .
- ✓ الأغشية الأمنيوسية .
- ✓ احتباس المشيمة .
- ✓ المشيمة الغازية Invasive placenta بأنواعها(الملتحمة ، المندخلة ، والمخترقة)

اضطرابات عوامل التخثر :

- ➢ فرفرية نقص الصفيحات الخثرية TTP .
- ➢ فرفرية نقص الصفيحات المناعية ITP .
- ➢ التخثر داخل الأوعية المنتشر DIC .

تدبير نزف الخلاص Management:[14]

من المهم أن يكون هناك تنسيق بين الأشخاص ذوي العلاقة في تدبير نزف الخلاص وهم :أطباء التوليد ، القابلات ، الممرضات ، أطباء التخدير ، أطباء الدم ، عناصر بنك الدم و المخبر.

حيث يجب على طبيب التوليد المباشرة بإجراء سلسلة من الإجراءات والتدابير غير الجراحية والجراحية للسيطرة على نزف الخلاص، حيث عند فشل خطوة ما في التدبير يجب الإنتقال وبسرعة إلى الخطوة التالية حتى يتحقق الهدف وهو السيطرة على النزف والحفاظ على حياة المريضة بأقل الإختلاطات الممكنة , حيث الفشل في السيطرة على النزف والتأخير يؤدي إلى استمرار النزف وهبوط الضغط ، ونقص الأكسجة النسيجية ، هبوط الحرارة ، حماض استقلابي ، وسلسلة الإختلاطات هذه تؤدي إلى صعوبة السيطرة على النزف وارتفاع نسبة حدوث الوفاة.

لذلك فالسرعة في التشخيص والتدبير لنزف الخلاص واستنفار كل الجهود الموجودة وتكريسها لمعالجة هذه الحالة الخطيرة يعتبر المعيار الذهبي في نجاح تدبير نزف الخلاص وإنقاص معدل الوفيات الناجمة عن هذا الإختلاط.

المعالجة الأولية لنزف الخلاص:[51،20]

في حال وضع تشخيص نزف الخلاص لدى سيدة حديثة الولادة يجب وبسرعة استدعاء المساعدة لأنه وكما أسلفنا فإن هذه الحالة تحتاج إلى تكاتف كل الجهود المبذولة والبدء بالاجراءات العامة:

- مراقبة تنفس المريضة وإعطاؤها الأكسجين

- فتح خطين وريديين قياس ١٨ على الأقل ويفضل ١٦

- سحب عينة للمخبر ولمصرف الدم وإجراء CBC، Platelets، عوامل التخثر PT ، PTT، INR ، وإجراء تصالب وتأمين دم

- البدء بإعطاء السوائل الوريدية ومعيضات الحجم

- تركيب قثطرة بولية لمراقبة الصادر

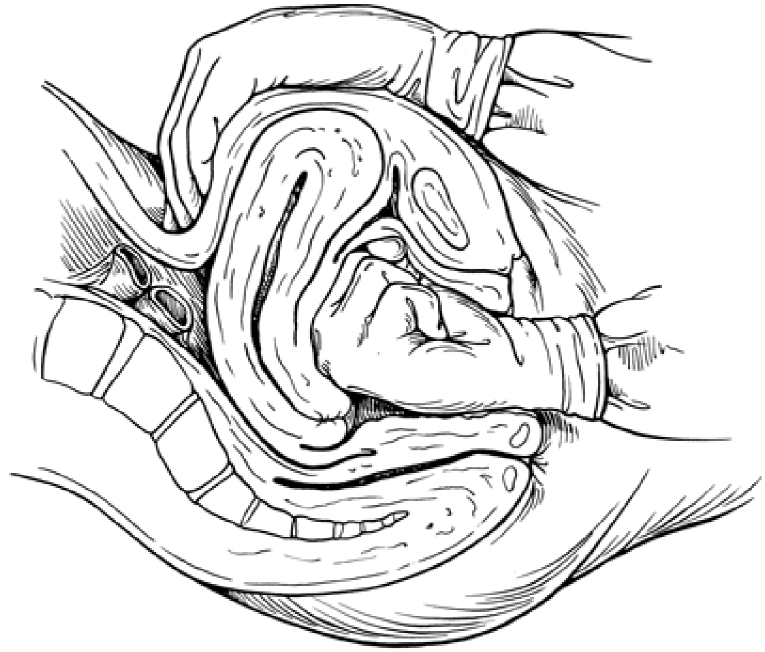
ويتم البدء بهذه الإجراءات بالتزامن مع البدء بالتدابير الخاصة الهادفة لمعرفة سبب النزف ومعالجته .

المعالجة السببية:

العطالة الرحمية:[25]

وهو عدم حدوث انقباض للعضلة الرحمية بعد ولادة المشيمة .

فبعد ولادة المشيمة تتشكل كرة الأمان والتي تكون مجسوسة من خلال جدار البطن ويكون قعر الرحم بمستوى السرة ، وعندما تحدث العطالة لا يمكن جس كرة الأمان ويكون قوام الرحم طري عجيني ويكون الرحم مملوء بالخثرات ويرتفع قعر الرحم فوق مستوى السرة وعند وضع تشخيص العطالة فإن أول إجراء نقوم به هو تمسيد الرحم بكلتا اليدين Bimanual massage ويتم ذلك بإدخال يد ضمن المهبل وضغط الجدار الأمامي للرحم وتمسيد الجدار الخلفي عبر جدار البطن باليد الأخرى الشكل (١).



Source: Pearlman MD, Tintinalli JE, Dyne PL: *Obstetric and Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*: http://www.accessemergencymedicine.com

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

شكل (١)

حيث أن التمسيد يؤدي إلى تحريض العضلة الرحمية على الإنقباض والضغط اليدوي يؤدي إلى الضغط على الأوعية الرحمية لإيقاف النزف، وأثناء إجراء التمسيد يجب البدء بإعطاء الأدوية المقبضة للعضلة الرحمية وهي تشمل :

- الأوكسيتوسين[٢١]: ٤٠ وحدة في ١ل سيروم فيزيولوجي تسريب عن طريق الوريد أو ١٠ وحدات حقن عضلي (بما فيها الحقن ضمن العضلة الرحمية)، الجرعات العالية حتى ٨٠ وحدة في ١ل سيروم ملحي يمكن إعطاؤها لفترة قصيرة في تدبير العطالة الرحمية .

- ميثيل أيرغونوفين : ٠,٢ ملغ حقن عضلي (بما فيها ضمن العضلة الرحمية مباشرة) ولا يعطى عن طريق الوريد أبدا" ونعطيه في حال عدم وجود ارتفاع توتر شرياني ، ظاهرة رينو ، تصلب الجلد .يمكن تكرار الجرعة بفاصل ٢-٤ ساعات .
- كاربوبروست تروميثامين: PGF2 alpha ٢٥٠ مكغ حقن عضلي (بما فيها ضمن العضلة الرحمية) كل ١٥-٩٠ دقيقة حتى جرعة عظمى ٢ غ وذلك في حال عدم وجود ربو لدى السيدة .
- ميزوبروستول[٢٢]: PGE1 يعتبر فعال وسهل الإستخدام وثابت في حرارة الجو ورخيص الثمن ويمكن إعطاؤه لمريضات ارتفاع التوتر الشرياني ومريضات الربو على عكس المترجين و الكاربوبرست ولكن المعلومات والبيانات حول الجرعى المثلى وطريق الإعطاء غير واضحة تماما" وإنما هي عبارة عن خبرة سريرية ومن الجرعات المستخدمة:
- ٨٠٠-١٠٠٠ مكغ عن طريق الشرج[٢٣]
- ٢٠٠ مكغ فموي+ ٤٠٠ مكغ تحت اللسان.
- ٢٠٠ مكغ فموي + ٤٠٠ مكغ تحت اللسان + ٤٠٠ مكغ شرجي

يجب مراقبة حرارة المريضة لأن ارتفاع الحرارة ≤٤٠ درجة مئوية يمكن أن تحدث مع هذه الجرعات.[٢٥]

- دينوبروستون: PGE2 ٢٠ ملغ مهبلي أو تحميلة شرجية تكرر بعد ٢ ساعة ، كبديل عن الPGE1 .

ملاحظة : يفضل عدم الإعطاء الفموي لمريضات النزف الغزير خوفا" من حدوث غياب وعي وحدوث الإستنشاق والذي يعتبر اختلاط خطير ، كذلك الإعطاء المهبلي للدينوبروستون غير فعال بوجود النزف .

عندما يفشل التدخل الأولي في السيطرة على النزف مباشرة يجب عندها البدء باستقصاء السبيل التناسلي في غرفة ذات إمكانية توفير التخدير العام وإمكانية التداخل الجراحي عن طريق البطن و المهبل ويجب أن تكون مجهزة أيضا" بالمساعدين , الإنارة الجيدة ، والأدوات الجراحية .

ويجب إصلاح أي خلل في عوامل التخثر قبل أي إجراء غازي ، ولكن قد يكون هذا من الصعوبة بمكان بوجود النزف المستمر , وفي هذه الحالة يجب إعاضة الدم ومشتقاته وعوامل التخثر الضرورية بالتماشي مع البدء بالإجراءات الغازية .

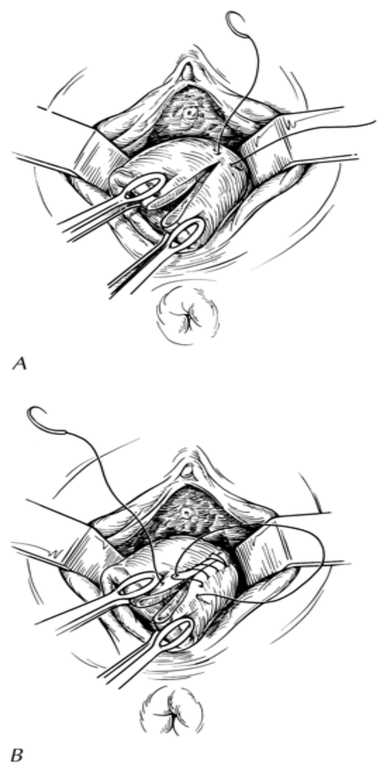
التخدير: [٢٨]

لا يزيل التخدير الموضعي الألم الناجم عن الإستقصاء و الفحص والمعالجة لذلك لا بد من إجراء تخدير ناحي أو عام من أجل راحة المريضة والجراح على حدٍ سواء وإن نوع التخدير المستخدم يعتمد على الحالة الهيموديناميكية للسيدة وخطة العلاج والتدخل الذي سيتم اجراؤه.

تمزقات السبيل التناسلي: [41]

يجب إستقصاء تمزقات السبيل التناسلي بعناية و بيد خبيرة وبوجود تخدير كافي يتيح للجراح أفضل إمكانية للإستقصاء والمعالجة وبوجود مساعدين والأدوات الضرورية وإستقصاء كامل السبيل التناسلي من العجان وحتى جوف الرحم ويجب القيام بهذا الإجراء عند كل اللواتي ولدن مهبليا بالإضافة إلى اللواتي أجرين قيصرية باستطباب عدم تقدم ، وتوقف اتساع.

ويجب إصلاح التمزقات في المهبل وعنق الرحم بإستخدام خيوط قابلة للإمتصاص قياس٠ بقطب مستمرة متصالبة الشكل (٢).



Source: Pearlman MD, Tintinalli JE, Dyne PL: *Obstetric and Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*: http://www.accessemergencymedicine.com

شكل (٢)

عندما يكون من الصعب البدء بالخياطة من قمة التمزق بسبب صعوبة رؤيته ، عندها يمكن البدء بالخياطة من أبعد نقطة يشاهدها الجراح ثم ينتقل بالخياطة باتجاه القمة حيث تساعد تلك القطبة في شد الأنسجة بإتجاه الجراح .

الورم الدموي في المهبل : عندما يحدث لدينا تدهور في العلامات الحيوية دون وجود نزف واضح يجب عندها أن نشك بوجود ورم دموي(في الرباط العريض ، المهبل ، العجان) .

وقد يتظاهر الورم الدموي بالألم أيضا ، ويجب عدم تفريغ الورم الدموي في المهبل إذا لم يكن هناك امتداد وزيادة بحجمه لأن محاولة إفراغه ستؤدي إلى المزيد من النزف حيث من الصعب أن نميز الأوعية النازفة ونتمكن من إرقائها ، أما الورم الدموي الذي يؤدي إلى تدهور العلامات الحيوية ، أو الذي يزداد بالحجم فيجب إفراغه وإجراء الضغط وإيقاف النزف .ونلجأ إلى إفراغ الورم الدموي المستقر فقط في حال أصيب بالإنتان , أو إذا لم يستجب على المسكنات .

<u>انقلاب باطن الرحم Uterine inversion</u>:[٥٢]

يعتبر من الحالات المهددة للحياة ، حيث يتظاهر بنزف غزير ،وصدمة ثم الموت إذا لم يتم التدخل بشكل سريع و إسعافي.

يحدث انقلاب باطن الرحم في ٠,٠٥ من الحالات ، وإن التدبير الفعّال لطور الثالث من المخاض ينقص من حدوثه ، ويجب أن نتذكر أن الشد على الحبل السري لا يعتبر من الأسباب المؤدية إلى انقلاب باطن الرحم ، وإنما هناك ضعف في قعر الرحم سيؤدي إلى انقلاب باطن الرحم سواء كان هناك شد على السرر أو لم يكن .ولكن يمكن أن يسبب الشد على السرر انقلاب باطن الرحم إذا كانت المشيمة مندخلة.

يظهر انقلاب باطن الرحم بشكل كتلة رمادية شاحبة تتدلى من المهبل قاسية القوام ، ويجب عدم نزع المشيمة عن الرحم المنقلب ، حتى يتم رد الإنقلاب (في حال كانت المشيمة لا تزال ملتصقة بقعر الرحم ، ويتظاهر انقلاب باطن الرحم بعلامات وأعراض صدمة نقص الحجم سابقة الذكر.

يصنف انقلاب باطن الرحم حسب الدرجة ووقت الحدوث:

حسب الدرجة:

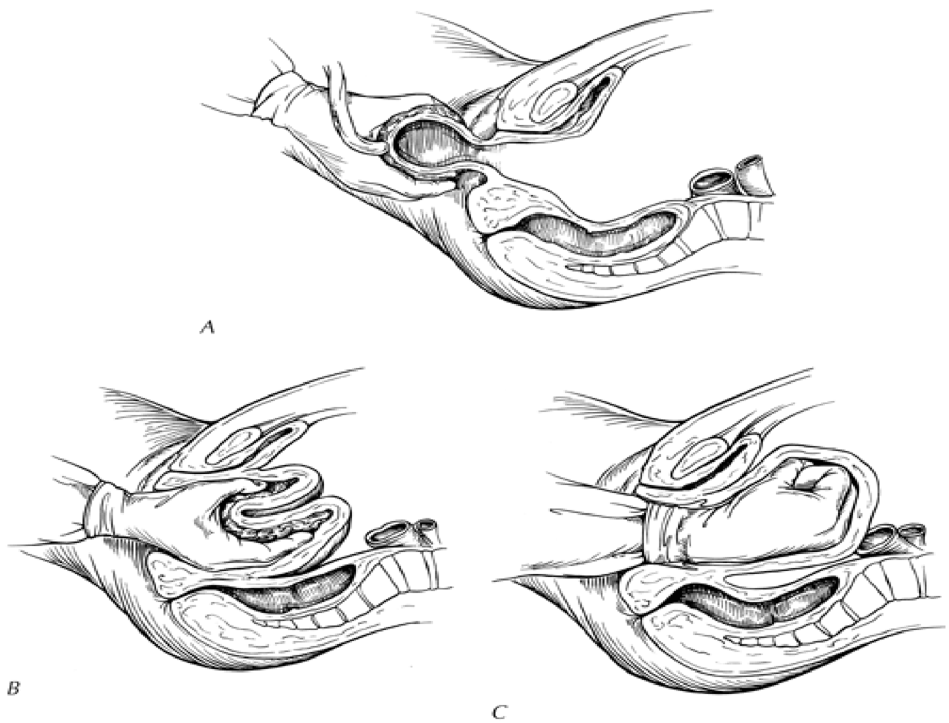
- ❖ ناقص: قعر الرحم ضمن متدلي ضمن جوف الرحم .
- ❖ كامل: يجتاز قعر الرحم فوهة عنق الرحم الخارجية.
- ❖ هبوط: يصل قعر الرحم حتى مدخل المهبل أو يجتازها.

حسب وقت الحدوث :

- حاد : خلال ٢٤ ساعة من الولادة
- تحت حاد : بعد ٢٤ ساعة من الولادة
- مزمن : بعد شهر من الولادة

هناك عدة طرق لرد الانقلاب منها طريقة جونسون Jonson method

وضع راحة اليد على قعر الرحم وتوجيه الأصابع إلى الرتج الخلفي ويعاد الرحم من آخر نقطة انقلاب إلى الحوض شكل (٣) .



Source: Pearlman MD, Tintinalli JE, Dyne PL: *Obstetric and Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*: http://www.accessemergencymedicine.com

شكل (٣)

وعند رد النقلاب يجب إعطاء مقبضات لمنع نكس الإنقلاب وفي حال فشل رد الإنقلاب وإنقباض عنق الرحم يجب إستخدام مرخيات الرحم ريثما يرد الإنقلاب ثم نعاكس تأثيرها ومن المرخيات نذكر :

نتروغليسيرين :[52] Nitroglycerin ٥٠-٥٠٠ مكغ وريدي تتبع بثلاث جرعات على الأكثر كل منها ٥٠-٢٥٠ مكغ .

سلفات المغنيزيوم Magnesium sulfate: ٤-٦ غ وريدي خلال ١٠-١٥ د

تيربوتالين Terbutaline: ٠,٢٥ ملغ وريدي أو تحت الجلد.

ويمكن اللجوء إلى إعطاء الهالوثان و الإنوفلوران أو التخدير العام .

يمكن اللجوء إلى طريقة أوسلفان بالإعتماد على الضغط الهيدروستاتيكي Osullivan hydrostatic method :

يدخل الجراح يده ضمن المهبل وهي تمسك بخرطوم ،ويوجهه بإتجاه الرتج الخلفي ويغلق المساعد فوهة المهبل حول رسغ الجراح ويتم ضخ السيروم الفيزيولوجي الدافئ حتى ١٠ ل حتى يرتد الإنقلاب .

وفي حال الفشل يمكن اللجوء إلى الحل الجراحي وهناك طريقتان جراحيتان هما :

طريقة هونتيغتون Huntington procedure : ويجب البدء بها لأنها أقل رضا"

عند فتح البطن يكون قعر الرحم قد شكل كأس وقد سحب معه الملحقات ،يتم التعرف على الرباط المدور وباستخدام ملقط اليس Allis أو بابكوكBabcock يتم لقط الرباط المدور وإجراء شد لطيف باتجاه الخارج وتكرر المحاولة ليرتد قعر الرحم ، ويفضل وجود مساعد يطبق ضغط عن طريق المهبل لتسهيل العملية.

طريقة هالتون Hultain procedure:

اجراء شق على الجدار الخلفي للرحم (لتفادي أذية المثانة) وبذلك نكون قد قسمنا حلقة الإنقلاب وتوسعت عندها نتمم العملية حسب طريقة هونتيغتون.

تمزق الرحم :[٤٠]

على الرغم من ندرته على رحم لا يحوي ندبة (سوابق قيصرية ، سوابق عمل جراحي) فإنه يشكل حوالي ٠,٦-٠,٧%من الولادات المهبلية التالية لولادة قيصرية .

والخطورة تزداد بتناقص المدة بين العمل الجراحي والولادة المهبلية.

وبالمقارنة بين المخاض العفوي والمحرض فإن نسبة تمزق الرحم تزداد بالمخاض المحرض .

ويجب عدم استخدام الميزوبروستول لإنضاج العنق في الولادة المهبلية التالية للولادة القيصرية VBAC.

خلال المخاض يعتبر تباطؤ نبض الجنين ، تسارع نبض الجنين ، التباطؤات المتأخرة ، علامات لتمزق الرحم .

ومن العلامات والأعراض الأخرى نذكر : نزف مهبلي ، مضض بطني ، تسرع نبض الأم ، تغير شكل البطن ، جس أعضاء جنينية مباشرة من خلال جدار البطن ، غياب التقلصات المفاجئ .

إن تمزق الرحم يحتاج تداخل جراحي لإصلاح التمزق ، أو استئصال الرحم .

عندما يحدث تفرق اتصال في ندبة قيصرية بعد ولادة طبيعية والتي يتم اكتشافها بالمس المستبطن وكانت العلامات الحيوية مستقرة ، والتمزق غير نازف ، فإن المعالجة الترقبية هي المفضّلة .

البقايا المشيمية :[41]

يجب فحص المشيمة بعد توليدها ، والإنتباه إلى غياب أي فلق مشيمية أو نقص بالأغشية .

يجب استقصاء باطن الرحم ، ويجب إزالة أي بقايا مشيمية أو أغشية أمنيوسية يدويا" أو بإستخدام الملقط الحلقي.

تساعد الأمواج فوق الصوتية في تشخيص البقايا وتخدم أيضا كدليل لإزالة هذه البقايا .

وفي حال فشل التخليص اليدوي للبقايا أو الأغشية ، يمكن اللجوء إلى التجريف بإستخدام الممص الكهربائي ونستخدم قثطرة قياس ١٦ ملم ، أو بإستخدام المجرفة والملقط الحلقي .

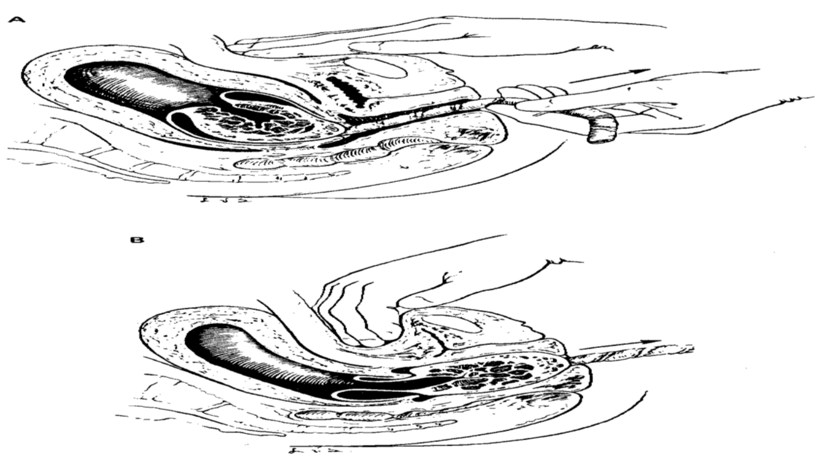
احتباس المشيمة [42]:

تنفصل معظم المشائم غالبا" بعد ولادة الجنين في غضون دقائق

وعلامات انفصال المشيمة تضم :

A. تطاول الحبل السري
B. ارتفاع قعر الرحم
C. دفقة دموية من المهبل

ولتوليد المشيمة فإننا نقوم بإجراء مناورة براندت (تطبيق شد ثابت على الحبل السري بيد ، واليد الأخرى توضع فوق ارتفاق العانة) شكل (٤)



شكل(٤)

(From R.C. Benson, ed. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 4thed Lange , 1982)

إن الوقت الوسطي المقدر لإنفصال المشيمة بعد ولادة الجنين هو ٨-٩ د.

إذا زادت المدة ، فإن هناك خطورة لحدوث نزف خلاص ، وتتضاعف الخطورة بعد ١٠ دقائق .

احتباس المشيمة يعرّف ب : فشل ولادة المشيمة خلال ٣٠ د ، من ولادة الجنين ، وتحدث بنسبة أقل من ٣% من الولادات المهبلية .

ولتدبير احتباس المشيمة هنالك عدة طرائق منها :

- حقن ٢٠ مل من المصل الفيزيولوجي الذي يحوي ١٠-٢٠ وحدة من الأوكسيتوسين ضمن الحبل السري . وهذا الإجراء يقلل الحاجة لإجراء تخليص يدوي للمشيمة .
- ويمكن اللجوء مباشرة إلى التخليص اليدوي للمشيمة ولكن تحت التخدير المناسب .

ولإجراء تخليص يدوي للمشيمة يجب أولا" ايقاف تمسيد الرحم للسماح له بالإسترخاء ويمكن إعطاء مرخيات العضلة الرحمية سابقة الذكر لتسهيل هذا الإجراء ويسبب هذا الإجراء فقد دم زائد بسبب استرخاء الرحم لذلك يجب إجراء تخليص يدوي بسرعة والتحضير لمعاكسة الإسترخاء عند الإنتهاء بإعطاء مقبضات العضلة الرحمية.

يتم إدخال اليد ضمن الرحم والتعرف على الحد الفاصل بين جدار الرحم و المشيمة بإدخال الأصابع ومحاولة فك المشيمة والإمساك بها ومحاولة توليدها كاملة إن أمكن ذلك ، وبعد ذلك نقوم بفحص المشيمة والأغشية للتأكد من أنها كاملة ولم نخلّف أية بقايا وعند التأكد من ذلك نعطي المقبضات بالتزامن مع اجراء تمسيد للرحم لحثّه على الإنقباض .

وإذا لم نتمكن من فك المشيمة بالكامل أو في حال بقاء بقايا مشيمية لم نتمكن من استخراجها يدويا" ، نقوم بالتحضير لإجراء التدخل الجراحي ، وعندها يجب تحضير المريضة جيدا"

إعطاء أوكسجين ، وريدين كبيرين ، البدء بنقل معيضات الحجم والدم إذا لزم الأمر ، وجود مخدر ، اضاءة مناسبة ، ومساعدين ، وأدوات جراحية مناسبة .

وبعد ذلك نقوم بإجراء تجريف بالممص أو المجرفة ، ويجب الإنتباه كيلا نثقب الرحم اللين .

وإذا لم تتم السيطرة على النزف بعد هذه الإجراءات يجب أن نضع في الحسبان إمكانية إجراء استئصال للرحم .

عندما لا تجد اليد الفاحصة لجوف الرحم حدودا" بين المشيمة وجدار الرحم يمكن خلالها إدخال الأصابع نضع بعين الإعتبار:المشيمة الغازية بدرجاتها والّتي تعتبر حالة مهددة للحياة .

ويمكن تقسيم المشيمة الغازية حسب درجة الغزو إلى :

١) المشيمة الملتحمة Placenta accrete: وتكون ملتصقة إلى العضلية الرحمية دون غزو .
٢) المشيمة المندخلة Placenta increta:تغزو العضلية الرحمية .
٣) المشيمة المخترقة Placenta percreta: تخترق العضلة الرحمية إلى ما تحت المصلية أو حتى تخترق المصلية .

عوامل الخطورة لتشكل المشيمة الغازية :

- ✓ سوابق مشيمة غازية
- ✓ سوابق قيصرية أو ندبة عمل جراحي على الرحم .
- ✓ ارتكاز مشيمة معيب و خصوصا" إذا ترافق مع سوابق قيصرية .
- ✓ كبر عمر الأم
- ✓ تعدد الولادات.

إن التدبير المعتاد للمشيمة الغازية هو استئصال الرحم ، ولكن يمكن اللجوء إلى التدبير المحافظ بإبقاء المشيمة واعطاء المريضة الميتوتركسات حتى تعود مستويات

ال β HCG إلى الصفر .

وفي حال البقاء على المشيمة يجب مراقبة السيدة خوفا" من حدوث الإنتان أو نزف الخلاص المتأخر .

اعتلال عوامل التخثر[١٧،١٨] :

يعتبر اعتلال عوامل التخثر سببا" نادرا" لحدوث نزف الخلاص .

وعندما لا تحدث استجابة لأي من الإجراءات السابقة ، يجب أن نضع في الحسبان اضطراب عوامل التخثر .

ولكن معضم المريضات اللواتي يعانين من اضطراب في عوامل التخثر يكّن على علم بذلك قبل الولادة ، وذلك يتيح لنا المجال لوضع خطة لمنع حدوث نزف الخلاص .

من أسباب نزف الخلاص بسبب اعتلال عوامل التخثر :

I. فرفرية نقص الصفيحات المناعي ITP.
II. فرفرية نقص الصفيحات الخثري TTP.
III. التخثر داخل الأوعية المنتشر DIC.

ونذكر من الأسباب التوليدية والتي تسبب التخثر داخل الأوعية المنتشر :

- ما قبل الإرجاج الشديد .
- الصمة الأمنيوسية .
- الإنتان .

- انفكاك المشيمة الحاد .
- موت الجنين وبقاؤه ضمن الرحم مدة طويلة .
- النزف الغزير .

إذا" يجب الشك بوجود اضطراب في عوامل التخثر عند عدم الاستجابة للإجراءات السابقة لإيقاف النزف أو عندما لا تتشكل الخثرات أو حدوث نزف من أماكن وخز الأبر.

ويجب أن يشمل التقييم لهذه الحالات، اجراء :

تعداد للصفيحات ، زمن البروثرومبين PT، زمن الثرومبوبلاستين الجزئي PTT،

INR ،الفيبرينوجين ، نواتج تدرك الفيبرين (D-dimer)

التدبير يعتمد عى معالجة المسبب ، اجراء تقييم متكرر لعوامل التخثر ، إعاضة عوامل التخثر .

<u>الخطوات المتبعةلتصحيح اعتلال التخثر عندما تعاني المريضة من نزف فعَال:</u>

- يجب المحافظة على مستوى الفيبرينوجين > ١٠٠ مغ/دل . حيث الصفيحات المجمدة الطازجة FFP تزيد الفيبرينوجين بمقدار ١٠ ملغ/دل لكل وحدة .
- الحفاظ على تعداد الصفيحات > ٥٠٠٠٠ /مل وحدة الصفيحات تزيد تعداد الصفيحات بمقدار ٥٠٠٠ لكل وحدة .
- تدبير تطاول PT، PTTبنقل البلازما الطازجة المجمَدة
- اعطاء وحدة صفيحات لكل ٥ وحدات دم منقولة .

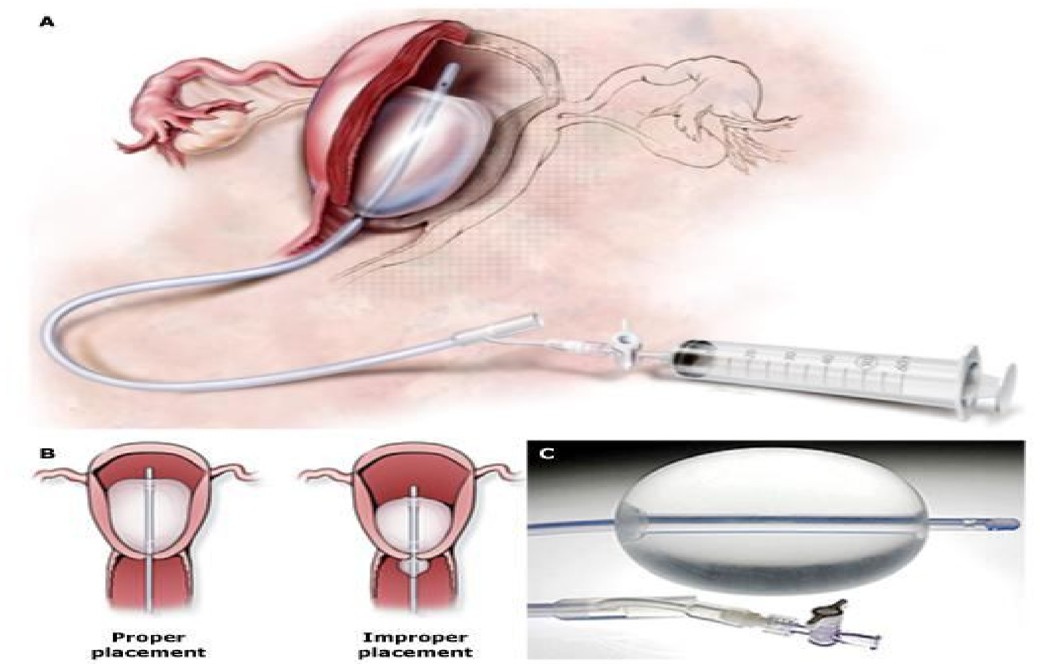
يعتبر ال DDAVP علاج نوعي لداء فون ولبراند .

<u>التدابير الغازية Invasive procedures</u>:

<u>الضغط Tamponade:</u>[٤٣،٤٤،٤٥]

يعتبرفعال في العديد من المريضات

إن بالون الضغط لباكري The Bakri tamponade bullon صمم لضغط الرحم للسيطرة على نزف الخلاص ، وهو عبارة عن بالون من السيليكون بسعة ٥٠٠ مل وبقوة لتحمل ضغط داخلي وخارجي يقدر ب ٣٠٠ ملم ز ، شكل (٥)



شكل(٥) Reproduced with permission from: Cook Women's Health

وعندما لا تتوافر أداة باكري يمكن استخدام أنبوب سينغيستيكن-بلاكمور Sengestaken-Blakemore، وهذا الأنبوب لا يضغط الرحم فقط وإنما يسمح بتمرير الدم من الأماكن القريبة من الأنبوب .

يرجح النزف الزائد أن الضغط غير فعال .

تبين أن استخدام أنبوب بلاكمور في مجموعتين من المريضات يعانين من نزف خلاص كبير أنه أنقص الحاجة إلى الجراحة أو إجراء التصميم في معظم المريضات كما أنه مفيد في السيطرة على النزف فيما تنتظر المريضة إجراء تدابير أخرى أكثر غزوا".

إذا لم تتوافر هذه الأداة فيمكن عندها استخدام قثطرة فولي قياس ٢٤ ذات البلون الذي سعته ٣٠ مل ، وإدخالها ضمن الرحم ونفخها بمحلول ملحي ٦٠-٨٠ مل .

يمكن إيضا" استخدام دك جوف الرحم للسيطرة على النزف بنسب نجاح متفاوتة

التقنية الصحيحة تتطلب دك لكامل التجويف الرحمي بشاش (ميشة) ، يمكن تشريب الميشة ب ٥٠٠٠ وحدة من الثرومبين محلولة ب ٥ مل من المصل الفيزيولوجي لتحفيز التخثر . وعند إجراء الدك يجب إعطاء الصادات الوقائية .

وفي حال فشل الدك في السيطرة على النزف فإنه من غير المنصوح به إعادة الدك مرة اخرى .

وبغض النظر عن طريقة الدك والضغط المستخدمة فإن الخضاب ، والحصيل البولي يجب أن تراقب بدقة ، وخصوصا" في حال الدك بالشاش, لأن كمية كبيرة من النزف قد تتجمع خلف الدكة .

ترفع الأداة المستخدمة في دك الرحم بعد ٢٤ ساعة.

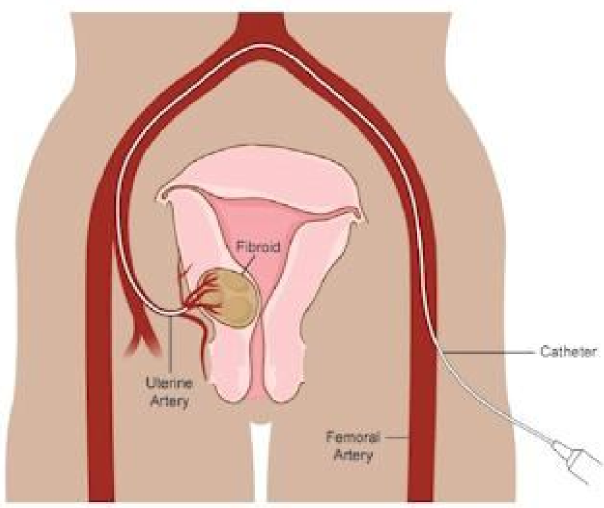
التصميم الشرياني Arterial embolisation: [٤٤]

يعتبركخيار علاجي ،يجرى بيد لِخصائي أشعة تدخّلية ، وذلك إذا كانت المريضة مستقرة ، وبتوافر الخبرة والأدوات لهذا الإجراء .

ويتم القيام به كإجراء إنتقائي عندما يتم التعرف على الوعاء مصدر النزف والذي يمكن إغلاقه بهذا الإجراء .

وعندما تكون المنطقة النازفة واسعة أو لم يتم التعرف على وعاء كمصدر للنزف ، يمكن عندها تصميم شريان كبير والذي يعطي فروعا" لشرايين أصغر تغذي المنطقة النازفة .

مثلا يمكن تصميم الشريان الحرقفي الباطن ثنائي الجانب عن طريق قثطرة تدخل عن طريق الشريان الفخذي وحقن المواد المستخدمة في التصميم شكل (٦)



© ٢٠٠٩ UpToDate, Inc. شكل (٦)

فتح البطن Lapratomy: [٤٦]

يجب فتح البطن بشق عامودي midline لمقاربة ومعالجة نزف الخلاص ، وبعد فتح البطن نضع المبعد الذاتي وهذه الطريقة بفتح البطن تتيح لنا رؤية جيدة ومقاربة جيدة للإجراءات الجراحية لاحقة الذكر .

ربط الأوعية الرحمية :

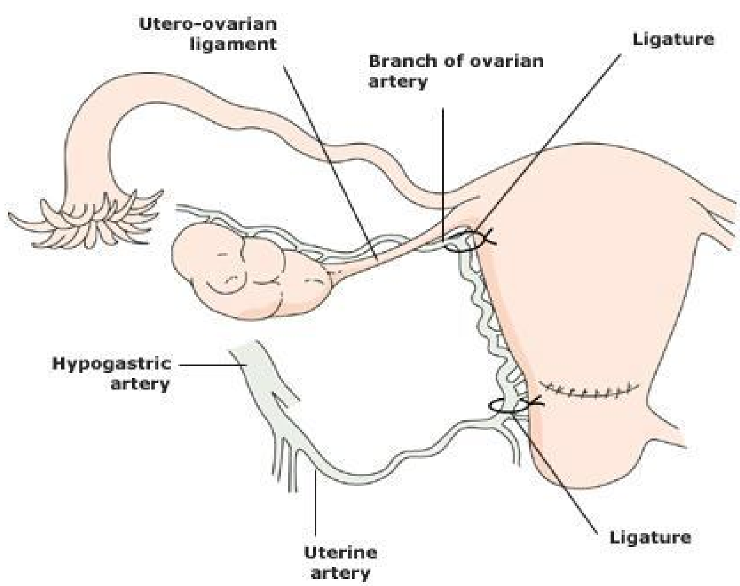
يعتبر ربط الأوعية الرحمية ثنائي الجانب للسيطرة على نزف الخلاص (قطبة اوليري (O'Leary stitch) الإجراء الأول للسيطرة على النزف الرحمي عند فتح البطن , ويعتبر خيار أفضل من ربط الشريانين الحرقفيين الباطنيين لأنه من السهل الوصول إلى الشرايين الرحمية مقارنة بالشرايين الحرقفية ، بالإضافة إلى كونه إجراء أكثر امانا" ، لأن الشرايين الرحمية بعيدة عن الحالب مقارنة بالشرايين الحرقفية .[٤٤]

يتضمن الإجراء وضع قطبة (من الكروميك قياس٠ أو الفكريل على إبرة منحنية كبيرة) على القطعة السفلية للرحم عند الرتج الجانبي قريبة من العنق قدر الإمكان , ثم نمررها خلال الرباط العريض وحشي الأوعية الرحمية , ثم نربط لضغط الأوعية شكل (٧) .

إذا لم يتمكن هذا الإجراء من السيطرة على النزف ، نقوم عندها بربط الأوعية الرحمية المبيضية بالقرب من قرن الرحم بتمرير القطبة في العضلة الرحمية أنسي الأوعية .

إن ربط الشرايين الأربعة يعتبر ناجحا" في السيطرة على النزف في أكثر من ٩٠% من المريضات .

وإن تنخر الرحم أو قصور المشيمة في الحمول اللاحقة غير وارد كإختلاط لهذا الإجراء .



شكل (٧) UpToDate, Inc ٢٠٠٩ © .

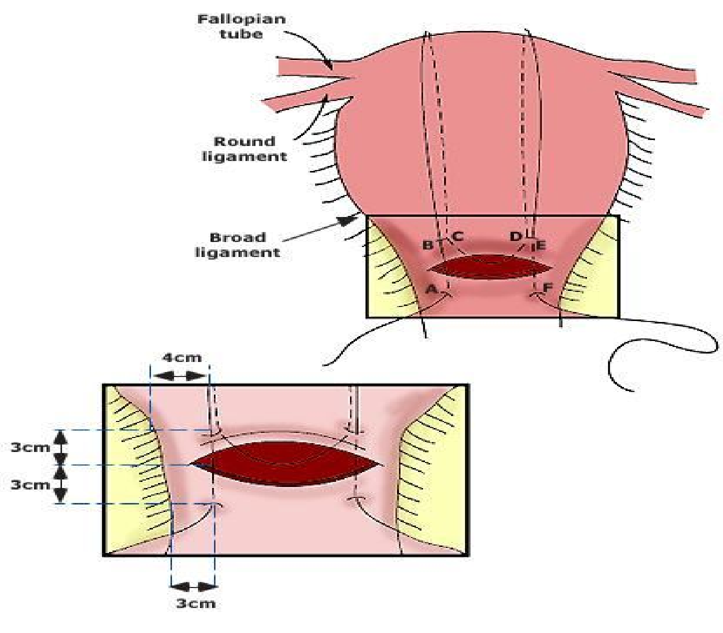
القطب الضاغطة للرحم :

تعتبرهذه القطب فعّالة في تقليل النزف وتجنب إجراء استئصال الرحم ، ولا يوجد تأثيرات مستقبلية لهذه القطب .

إن قطبة B-Lynch تضغط الرحم وتعطي نتيجة مشابهة لتلك التي نحصل عليها عندما نضغط الرحم يدويا" شكل (٨).[٤٧]

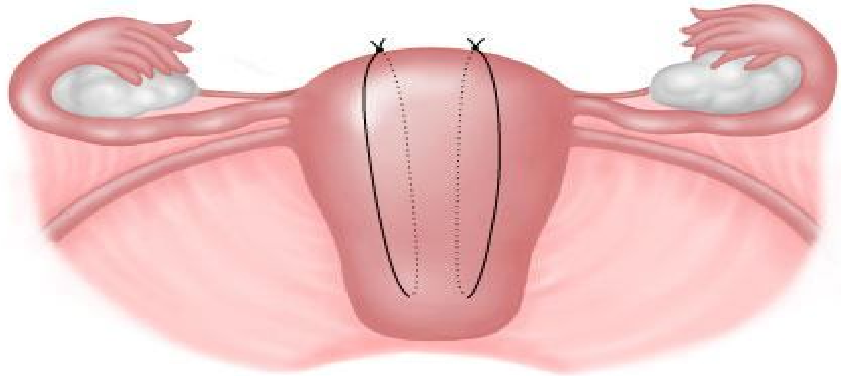
وتعتبر فعالة في السيطرة على النزف الناجم عن العطالة الرحمية ، وتكنيك اجراؤها سهل التعلم وآمن .

الشكل التالي يوضح تكنيك الإجراء :



Adapted from Obstetrics & Gynecology Case Reports & Reviews , Vol. 95, Num 6, June 2000. شكل (٨)

ومن الطرق الأخرى نذكر قطبة هايمن Haymean شكل (٩) والتي لاتحتاج إلى إجراء شق رحمي بخلاف قطبة B-Lynch ، وهي موضحة بالشكل التالي



surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol
2002; 99:502شكل (٩) .

وهناك طريقة بريبيرا والتي لاندخل بها إلى جوف الرحم ابدا" عكس الطريقتين السابقتين ، وذلك بإجراء قطب ضاغطة عامودية وأفقية , وعند إجراء القطب الأفقية يجب الإنتباه لكي لا نؤذي الأوعية الرحمية أو الحالبين أو البوقين .

والإجراء موضح بالشكل التالي شكل (١٠)



Pereira, A, Nunes, F, Pedroso, S, et al. Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony. Obstet Gynecol 2005; 106:569.شكل(١٠)

ربط الشريان الحرقفي الباطن :

يستخدم ربط الشريان الحرقفي الباطن ثنائي الجانب في السيطرة على النزف الرحمي ، بتقليل الجريان الدموي إلى الرحم شكل (١١).

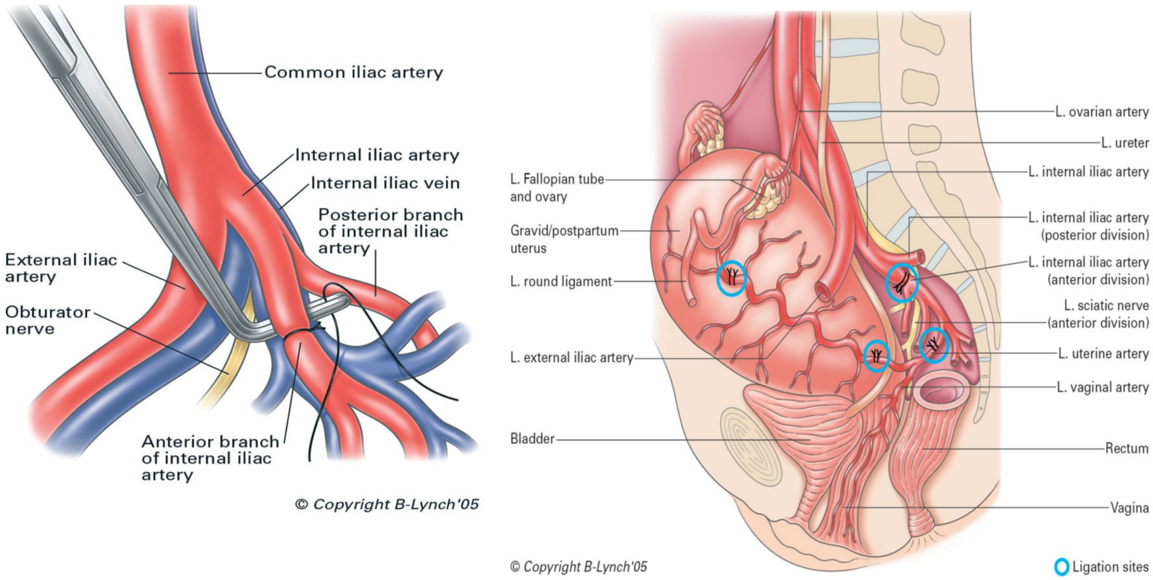
ويعتبر هذا الإجراء صعب وخصوصا" إذا كان الرحم كبير الحجم ، والشق المجرى صغير الحجم ، وإذا كان الحوض مليء بالدم ، وضعف الخبرة الجراحية فيما يتعلق بالمسافة خلف البريتوان ، ولهذه الأسباب فإن ربط الشريانين الرحميين حلَ محل هذا الإجراء.

يتم اللجوء إلى هذا الإجراء بعد فشل محاولة ربط الأوعية الرحمية و المبيضية في السيطرة على النزف ، وعند عدم توفر الخبرة لدى الجراح بما يتعلق بالمسافة خلف البريتوان وتشريح تلك المنطقة ، وإذا لم تتوافر إمكانية تأمين جرّاح قادر على القيام بهذا الإجراء فيجب عندها اللجوء إلى إجراء استئصال الرحم .

يتم هذا الإجراء بفتح الوريقة الأمامية للرباط العريض وبالتسليخ باتجاه الأسفل يتم مشاهدة الشريان الحرقفي الظاهر على الحافة الأنسية لعضلة البسواس ، وبتتبع الشريان الحرقفي الظاهر باتجاه الأعلى نصل إلى تفرع الشريان الحرقفي الأصلي ونشاهد عندها الشريان الحرقفي الباطن والذي يكون بطول ٤ سم قبل اعطائه فرعيه الأمامي والخلفي ، نسلخ النسيج المغطي للشريان الحرقفي الباطن بحذر ، ويمكن أن نربط الإنقسام الأمامي للشريان الحرقفي الباطن ولكنه صعب لذلك نقوم بربط الشريان الحرقفي الباطن على بعد ٢ سم من منشأه باستخدام خيط حرير قياس ٠ ، ويجب الإنتباه إلى الوريد الحرفي الباطن والذي يتوضع إلى الخلف والأنسي من الشريان .

يجب الإنتباه إلى عدم ربط الشريان الحرقفي الظاهر والذي يؤدي في حال ربطه إلى تموت الطرف السفلي .

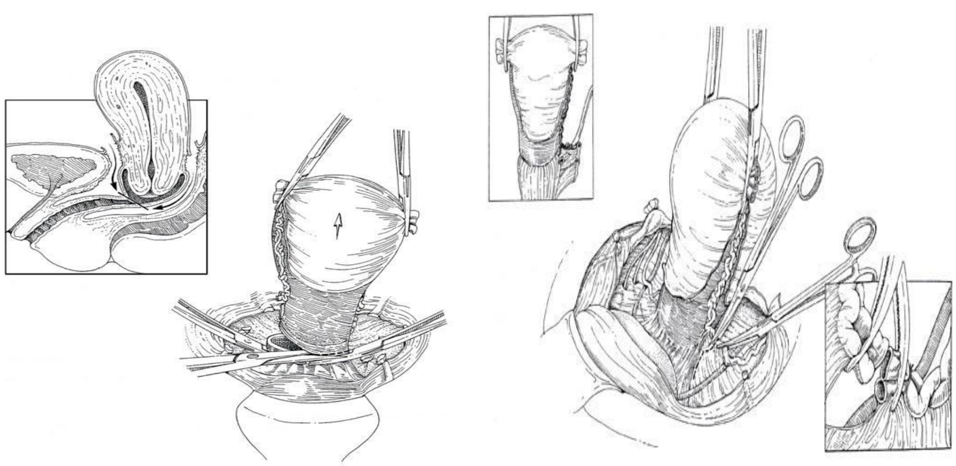
كما يجب الإنتباه إلى عدم أذية الوريد الحرقفي الباطن والذي يؤدي إلى نزف تصعب السيطرة عليه.



شكل (١١)

استئصال الرحم :

إن استئصال الرحم هو الإجراء الأخير للسيطرة على النزف ويجب عدم تأخيره للحفاظ على حياة المريضة شكل(١٢).



Reproduced with permission from: Mann, WJ Jr, Stovall, TG. Gynecologic Surgery, Churchill Livingstone, New York, 1996. Illustration used with permission of Elsevier Inc. All rights reserved. Copyright © 1996 Elsevier Inc شكل (١٢).

القسم العملي

❖ هدف الدراسة :

يهدف البحث إلى دراسة تأثير وضع برنامج تدريبي يشمل تشخيص وتدبير نزف الخلاص في تحسين نوعية الخدمة التوليدية , وعدم هدر الوقت الذي يعتبر معيارا" ذهبيا" ومهم جدا" في الحفاظ على حياة المريضة والتقليل من حدوث الإختلاطات , والإقلال من خطورة نزف الخلاص.

❖ مبررات الدراسة:

يمكن الوقاية من نزف الخلاص وعلاجه بشكل فعال مما يقلل من الوفيات والمراضة الوالدية

❖ المواد و الطرائق :

إن دراستنا هي دراسة تدخليه / **Intervention Study** / حيث كانت على أربع مراحل هي كالتالي:

١) جمع البيانات عن مريضات نزف الخلاص .

٢) التدخل و التدريب .

٣) جمع البيانات عن مريضات نزف الخلاص .

٤) مقارنة النتائج وتحليل البيانات .

تم إجراء المقارنة مابين العينتين بإعتبار العينة الأولى هي ماقبل التدخل والثانية ما بعد التخل , لذلك إعتمدنا في التحليل الإحصائي على اعتبار الدراسة من نمط

Pre-post intervention study وتم حساب كاي مربع ودرجة الحرية , واستخدمنا قيم (P VALUE) لبيان المغزى الإحصائي وفائدة الدراسة وأهمية التدخل.

❖ مكان الدراسة:

أجريت الدراسة في مشفى التوليد الجامعي في الفترة الممتدة من ٢٠٠٩/٣/١ حتى ٢٠٠٩/١١/٣٠ وكانت فترة الدراسة تقسم كالتالي :

- (من ٢٠٠٩/٣/١ حتى ٢٠٠٩/٧/٣١) ماقبل التدخل .
- (من ٢٠٠٩/٨/١ حتى ٢٠٠٩/٨/١٩) تصميم برنامج التدخل وإجراء التدريب .
- (من ٢٠٠٩/٨/٢٠ حتى ٢٠٠٩/١١/٣٠) بعد التدخل .

دخلت في الدراسة كل حالات نزف الخلاص (قبل التدخل وبعد التدخل) سواء حدث نزف الخلاص لسيدة مقبوله في المشفى في حالة مخاض أو لإنهاء الحمل أو المحولة إلى المشفى بحالة نزف عقب ولادة طبيعية أو قيصرية .

لقد تم وضع برنامج التدخل بإشراف أ . د . أسماء عبد السلام وبموافقة رئيس القسم أ . د . صلاح شيخة .

وكانت نسبة حضور طلاب الدراسات العليا لعملية التدخل ٦٢,٣٦% .

❖ نتائج الدراسة :

لوحظ من خلال الدراسة أن للتدريب دور هام في تشخيص نزف الخلاص و إتباع منهجية علمية في التدبير مما قلل من نسبة الأخطاء التي لوحظت في فترة ماقبل التدخل , وإن دراستنا وإن لم تكن مثالية نتيجة بعض الصعوبات فلقد حققت بعض النتائج الإيجابية مما يدل على أهمية التدريب وضرورة إعتماده كبروتوكول إلزامي يطبق على كل مقدمي الخدمة التوليدية وتوفير كافة مستلزمات التشخيص والمعالجة للتقليل من خطورة نزف الخلاص , بالإضافة الى ضرورة وجود شفافية ومصداقية في توثيق المعلومات منه أجل تحسين نوعية الدراسة والحصول على نتائج أكثر موثوقية .

❖ التدخل:

التدخل والتدريب على التشخيص الصحيح والمبكر لنزف الخلاص والمقاربة الصحيحة لنزف الخلاص.

تم إجراء التدخل في مشفى دار التوليد الجامعي في الفترة الممتدة من ٢٠٠٩/٨/١٦ إلى ٢٠٠٩/٨/١٨ ، بموافقة رئيس القسم أ.د.صلاح شيخة ،

وبإشراف أ.د.أسماء عبد السلام

تم إجراء التدخل والتدريب لأطباء الدراسات العليا في المشفى حيث بلغ عددهم ٩٣ طبيب ، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات من مختلف السنوات على أيام التدريب الثلاثة .

وبلغ عدد الحاضرين للتدريب ٥٨ طبيب ، بنسبة ٦٢,٣٦% ، حيث كان الحضور إختياري وليس إجباري .

ولقد كان **برنامج التدخل** الذي إمتد على ساعتين كالتالي :

- التعريف بأهداف التدريب أ.د.أسماء عبد اسلام
- أهمية نزف الخلاص (دراسة حالة) أ.د.أسماء عبد السلام
- محاضرة نزف الخلاص + تدريب عملي د.ماهر اعزيزي
- محاضرة التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض + تدريب د.ماهر العزيزي
- بروتوكولات نقل الدم والسوائل المعيضة د.ماهر العزيزي
- أسئلة ومناقشة .

اهداف التدريب :

١) كيفية تشخيص نزف الخلاص

٢) الوقوف على عوامل الخطورة المؤهبة لحدوث نزف الخلاص ، واعتبارها كمنذر لحدوث نزف الخلاص واتخاذ التدابير الوقائية للسيدات عاليات الخطورة .

٣) المعاجة الأولية والإسعافية المقدمة لسيدة لديها نزف خلاض.

٤) التدبيرالفعال لطور الثالث من المخاض .

٥) الوقوف على بعض انقاط الأساسية فيما يخص نقل الدم والسوائل المعيضة .

التشخيص:

من المعروف أن أهم معيار تشخيصي لنزف الخلاص(كما ذكرنا في القسم النظري) هو الحالة الهيموديناميكية للسيدة الولود.

أي أن تشخيص نزف الخلاص هو سريري بالدرجة الأولى ، ويجب عدم إهمال التعريف الكلاسيكي لنزف الخلاص ، والانتباه الى كمية النزف .

حيث تم القيام بتجربة تبين أن النزف الذي يعتبره ٩٠% من الأطباء طبيعي ، هو أكثر من طبيعي لذلك يجب الانتباه ورفع درجة الحذر والوعي إلى كمية الدم المفقود

أثناء الولادة وخاصة الخروسات أثناء إجراء خزع الفرج الواقي وذلك نتيجة تبلل الشانات والشاش المستخدم أثناء الولادة .

عوامل الخطورة :

تم ذكر عوامل الخطورة في القسم النظري ، واعتباها منذر لحدوث نزف الخلاص.

في حال كان لدى السيدة الماخض أو المقبولة في المشفى لإنهاء الحمل ، أي من عوامل الخطورة لحدوث نزف الخلاص ، فإنه يجب اتخاذ مجموعة من التدابير الوقائية من شأنها :

- الوقاية من حدوث نزف الخلاص
- وفي حال حدوث نزف الخلاص فإن التدابير الوقائية امتخذة من شأنها أن تسمح بالتشخيص المبكر والتدخّل السريع واختصار الوقت والذي يعتبرعامل هام جدا".

التدابير الوقائية المتبعة :

- ✓ اجراء خضاب قبل الولادة واعتباره قيمة معيارية ليتم المقارنة به بعد الولادة في حال حدوث نزف خلاص ، وتصحيح فقر الدم إذا كان موجودا" .
- ✓ تأمين الدم ومشتقاته
- ✓ اجراء تحاليل تخثرية قبل الولادة وتصحيح أي اعتلال تخثر موجود.
- ✓ فتح خطين وريديين قياس ١٦ أو١٨ على الأقل .
- ✓ توليد المريضة بيد أعلى خبرة موجودة في المشفى أو بحضوره .
- ✓ اتدبير الفعال للطور الثالث من المخاض .
- ✓ مراقبة مشددة بعد الولادة .
- ✓ سلسلة من التحاليل بعد الولادة لمقارنة النتائج .

✓ تأمين كافة الأدوية التي قد تلزم في حال حدوث نزف خلاص .

✓ تأمين الأدوات والظروف المناسبة للتدخل في حال حدوث نزف الخلاص .

التدابير الإسعافية :

- استدعاء المساعدة لأن نزف الخلاص حالة حرجة تحتاج إلى تكاتف كل الجهود ، بالإضافة الى تواجد أعلى خبرة لمباشرة الإجراءات .
- اعطاء الأكسجين ومراقبة التنفس .
- تحري العلامات الحيوية كل ٥ دقائق .
- فتح خطيين وريديين بقثطرة قياس ١٦ أو ١٨ .
- سحب عينة دم لإجراء –التحاليل الإسعافية :Hb,PTT,PT Platelete,FDP

-عينة للتصالب وتأمين الدم

- قثطرة بولية لمراقبة الصادر
- البدء بإعطاء معيضات الحجم والسوائل الوريدية والوضع بعين الإعتبار إمكانية البدء بنقل الدم .
- اعطاء المقبضات .
- فحص الرحم وتمسيده .
- فحص المشيمة .
- مس مستبطن لتحري البقايا والتمزقات .
- فحص عنق الرحم والمهبل والعجان وإصلاح أي تمزقات .
- تصحيح الحالة التخثرية إذا كانت مضطربة .
- الإنتقال إلى الإجراءات الغازية .

التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض :

يعرف التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض باعطاء مقبضات العضلة الرحمية قبل ولادة المشيمة ،و بعد ولادة الكتف الأمامية للجنين مع تأخير لقط الحبل السري وقطعه ، وتطبيق شد لطيف على الحبل السري .

ومن شأن التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض أن ينقص من كمية النزف الوالدي بعد الولادة ، ومن حدوث نزف الخلاص ، ومن تطاول الطور الثالث للمخاض.

وقد وجدت الدراسات أنه يجب تطبيق التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض بشكل روتيني لكل سيدة تلد ولادة مهبلية .

والفكرة من تطبيق التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض بعد ولادة الكتف الأمامية هي للتأكد من عدم حدوث انعضال كتفين.

ويجب قبل تطبيق التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض من التأكد من عدم وجود حمل توأمي غير مشخص (جنين ثاني بعد ولادة الأول) .

-مقبضات العضلة الرحمية المستخدمة في التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض هو الاوكسي توسين ،والذي يعطى عادة حقنا عضليا ، ولكن جرعته ومدة اعطاؤه تختلف في الممارسة من مؤسسة لأخرى .

عادة ما يستخدم محلولا من ٥٠٠ مل مصل فيزيولوجي يحوي ١٠-٢٠ وحدة من الأوكسي توسين ويعطى بالتسريب الوريدي .

وهناك طرق أخرى لاعطائه كالحقن ل٢٠ وحدة ضمن الحبل السري أو ١٠ وحدات حقن عضلي .

حيث وجدت الدراسات أن كل الطرائق متماثلة من حيث النتائج.

وقد وجدت إحدى الدراسات أن الإعطاء الوريدي للأوكسي توسين أكثر فعالية وأمانا" من التسريب الوريدي ، وفي حال عدم تواجد مدخل وريدي يمكن اعطاء ١٠ وحدات من الأوكسي توسين حقنا" عضليا".

إذا" بالنتيجة ومهما أختلفت طرق الإعطاء للأوكسي توسين ، فإنه يجب اعتماد التدبير الفعال لطور الثالث من المخاض كإجراء روتيني لكل الولادات المهبلية .

بروتوكولات نقل الدم ومشتقاته والسوائل المعيضة :

- في حال حدوث نزف وعند البدء بإعاضة السوائل ، يجب أن نضع بالحسبان الأمرين التاليين :

١ – عند الإعاضة بالسوائل الوريدية كالمصل الفيزيولوجي أو محلول رينغر لاكتات يجب أن يكون حجم السوائل المعيضة تعادل ثلاثة أضعاف كمية الدم المفقود ، لأن هذه السوائل تغادر الدوران بشكل سريع

٢ – عند الإعاضة بالسوائل الغروانية فإننا نستخدم حجما" يعادل حجم الدم المفقود

- عند استخدام دم من زمرة O سلبي وذلك لعدم توافردم من نفس الزمرة فإننا نتابع بنفس زمرة الدم المنقول ولا نتحول إلى نقل دم من نفس زمرة المريض بعد توافرها.

- يجب مراقبة التحاليل التخثرية PT,PTT وتعداد الصفيحات بعد كل نقل لخمس وحدات من الدم ، وإذا كانت قيمة PT,PTT تعادل ١,٥ قيمة الشاهد فعندها يجب نقل وحدتين من الصفيحات الطازجة المجمدة , وإذا كانت قيمة الصفيحات أقل من ٥٠٠٠٠/ميكروليتر يجب عندها نقل ست وحدات من الصفيحات.
- يجب تدفئة الدم المنقول في حال تم نقل أكثر من ثلاث وحدات (أي يمكن أن ننقل أول ثلاث وحدات من الدم دون تدفئة)
- يجب مراقبة مستويات الكالسيوم والبوتاسيوم وتقديم المعالجة اللازمة حسب النتائج .
- كل وحدة دم منقول ترفع الخضاب بمقدار ١غ/دل
- كل وحدة من البلازما الطازجة المجمدة تزيد بروتينات التخثر بمقدار ١٠%
- كل وحدة صفيحات تزيد من تعداد الصفيحات بمقدار ٥٠٠٠-١٠٠٠٠/ميكروليتر

أجريت دراسات لبيان أهمية الوقاية في منع حدوث نزف الخلاص أو تقليل نسبة حدوثه

ففي مجلة Mother New Bor News volume2 . No 2 January-June 2007 section2

Deborah Ambruster &Malayk Maridha

إن التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض يقلل من حدوث نزف الخلاص ,بالإضافة إلى إجراءات أخرى من شأنها أن تقل من حدوث نزف الخلاص مثل استخدام مخطط البارتوغراف ,التقليل من استخدام التوسطات الولادية , تجنب اجراء خزع الفرج الواقي بشكل روتيني , تصحيح فقر الدم .

وُ جد بالدراسات والأبحاث أن التطبيق الصحيح للتدبير الفعال للطور الثالث من المخاض من شأنه أن يقلل من حدوث نزف الخلاص بنسبة ٦٠%

ففي زامبيا , تم تطبيق التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض على أكثر من ١٠٠٠٠٠ سيدة , ووجد أن ذلك خفض التكاليف بقيمة ١٤٥٠٠٠ دولار بالإضافة جنب حدوث الوفيات ل٤٦٧ سيدة.

("Case Study: Introducing Active Management of Third Stage of Labor in Peripheral Hospitals in Zambia")

Mtonga V, Kaseba-Sata C and Hughes R.2006.Case Study: Introducing Active Management of Third Stage of Labor into Peripheral Hospitals in Zambia. *Preventing Maternal Mortality from Postpartum Haemorrhage in Africa: Moving from Research to Practice.* Report of a conference in Entebbe, Uganda, 4-7 April 2006.JHPIEGO: Baltimore, Maryland.*o*

أربع دراسات أجريت في أبو ظبي ١٩٩٧, بريستول ١٩٨٨ , دبلن١٩٩٠ ,هينشنغبروك١٩٩٨ لبيان أهمية التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض في تقليل نسبة حدوث نزف الخلاص

ونتائج الدراسات موضحة بالجدول التالي

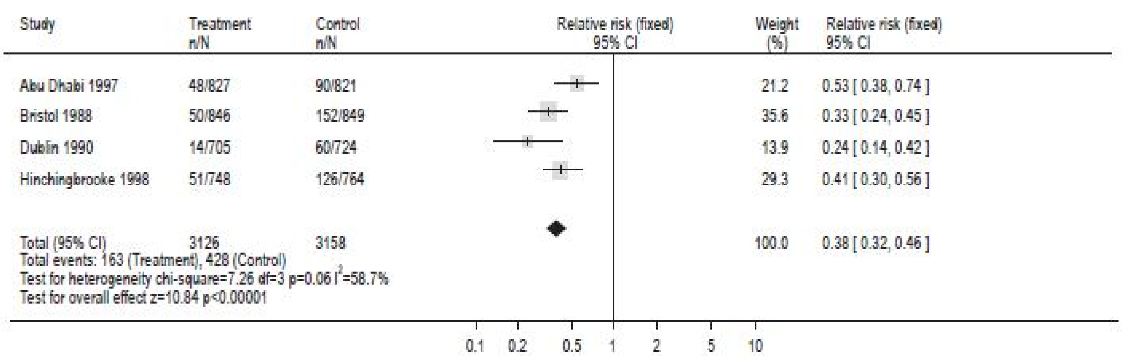


Figure 5 Comparison of active vs. expectant management (all women), with outcome of postpartum hemorrhage (clinically estimated blood loss ≥ 500 ml)[83]

بلغ عدد الولادات الحاصلة في مشفى دار التوليد الجامعي خلال فترة الدراسة ما قبل التدخل ٤٨٨٦ ولادة، متضمنة الولادات الطبيعية والقيصرية في كل من قسمي المخاض العمومي والخصوصي ، وذلك في الفترة الممتدة من ٢٠٠٩/٣/١ إلى ٢٠٠٩/٧/٣١ ، وبلغ عدد حالات نزف الخلاص المسجلة في المشفى خلال تلك الفترة٤٩ حالة ، وعدد الحالات المحولة إلى المشفى ١٤ حالة نزف خلاص وبالتالي فمجموع حالات نزف الخلاص ٦٣ حالة, وبحساب نسبة نزف الخلاص خلال فترة الدراسة نجد أنها كانت تقريبا" ١% في المرحلة ما قبل التدخل

كما بلغ عدد الولادات الحاصلة في مشفى دار التوليد الجامعي خلال فترة الدراسة ما بعد التدخل ٤٠٨٥ ولادة، متضمنة الولادات الطبيعية والقيصرية في كل من قسمي المخاض العمومي والخصوصي ، وذلك في الفترة الممتدة من ٢٠٠٩/٨/٢٠ إلى ٢٠٠٩/١١/٣٠ ، وبلغ عدد حالات نزف الخلاص المسجلة في المشفى خلال تلك الفترة٢٩ حالة ، وعدد الحالات المحولة إلى المشفى ١٧ حالة نزف خلاص وبالتالي فمجموع حالات نزف الخلاص ٤٦ حالة ,و كانت النسبة ٠,٧% ما بعد التدخل , وبذلك نلاحظ انخفاض معدل حدوث نزف الخلاص في الفترة ما بعد التدخل .

والجدول التالي يبين توزع حالات نزف الخلاص خلال فترة الدراسة قبل وبعد التدخل

حالات نزف الخلاص	قبل التدخل		بعد التدخل	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
من المشفى	49	77.78%	29	63.04%
من خارج المشفى	14	22.22%	17	36.96%
المجموع	63	100%	46	100%

الجدول رقم (١) :عدد حالات نزف الخلاص وتوزعها

أولا) <u>توصيف حالات نزف الخلاص</u> :

تمت مقارنة المعايير التوصيفية لحالات نزف الخلاص قبل وبعد التدخل لبيان خصائص العينتين من حيث التشابه والإختلاف .

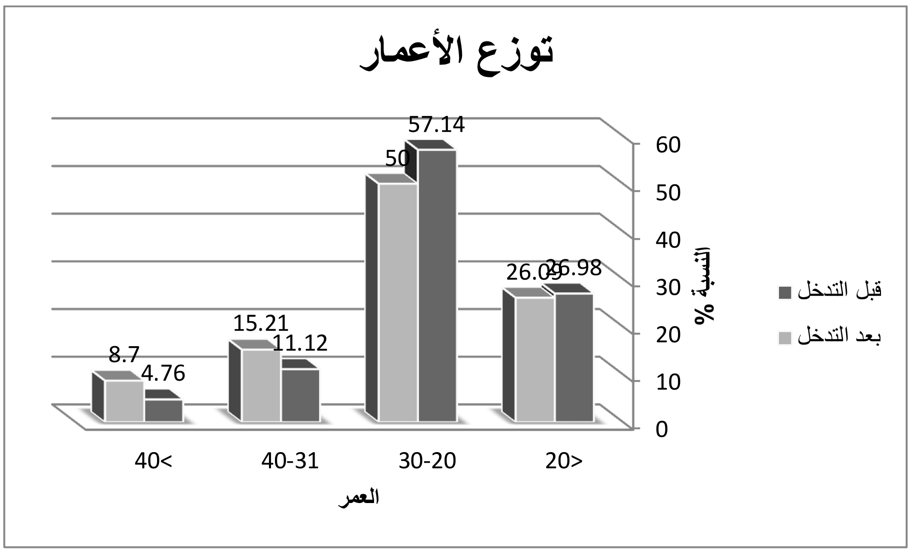
واشتملت المعايير التوصيفية على (العمر , سن الحمل , طريقة الولادة)

العمر: حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعات عمرية <٢٠ ،٢٠-٣٠، ٣١-٤٠ ،>٤٠ سنة

وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي :

P value	بعد التدخل		قبل التدخل		العمر
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0.9	26.09	12	26.98	17	20>
0.4	50	23	57.14	36	30-20
0.5	15.21	7	11.12	7	40-31
0.4	8.7	4	4.76	3	40<
	100%	46	100%	63	المجموع

الجدول رقم (٢) : الأعمار في عينة ادراسة



المخطط(١) :مخطط توزع الأعمار

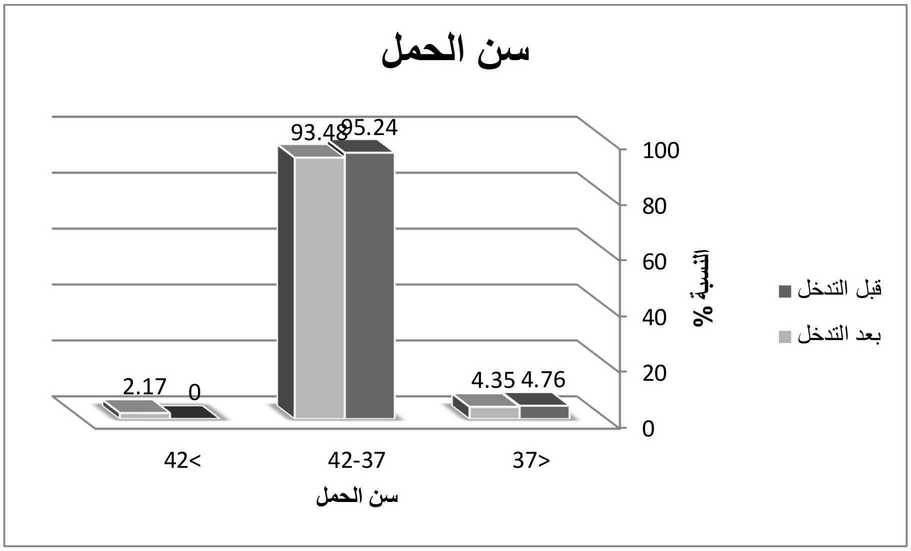
نلاحظ من المخطط البياني أن أكبر نسبة لحدوث نزف الخلاص في العينتين هي في الفئة العمرية ٢٠-٣٠ سنة حيث كانت النسبة ماقبل التدخل وما بعد التدخل على التوالي ٥٧,١٤% , ٥٠% تليها المجموعة العمرية <٢٠سنة .

كما نلاحظ من الجدول والمخطط السابقين أن النسبة في كل مجموعة عمرية للسيدات في عينتي الدراسة قبل ,وبعد التدخل كانت متقاربة

سن الحمل : تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات من حيث سن الحمل (<٣٧، ٣٧-٤٢، >٤٢ اسبوع حملي) وكان توزع الحالات كما هو مبين في الجدول التالي

P value	بعد التدخل		قبل التدخل		سن الحمل
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0.9	4.35	2	4.76	3	37>
0.7	93.48	43	95.24	60	42-37
0.2	2.17	1	0	0	42<
	100%	46	100%	63	المجموع

الجدول رقم (٣) : سن الحمل في عينة الدراسة



المخطط(٢) سن الحمل

نلاحظ من المخطط والجدول السابقين أن أكبر نسبة هي للسيدات في تمام الحمل ٩٥,٢٤% ,٩٣,٤٨% , وأيضا" النسب متقاربة في المجموعتين

طريقة الولادة:

طريقة الولادة	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
طبيعية	61	96.83	44	95.65	0.7
قيصرية	2	3.17	2	4.35	0.7
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم (٤) : طريقة الولادة في عينة الدراسة

تمت الولادة بالطريق الطبيعي في ٩٦,٨٣% للسيدات ما قبل التدخل مقابل ٩٥,٦٥% للسيدات ما بعد التدخل (وذلك يتضمن الحالات المحولة إلى المشفى)

ثانيا") دراسة عوامل الخطورة :

لم تتم دراسة عوامل الخطورة بإسهاب في دراستنا لأنها تحتاج الى دراسة خاصة ، وموضوع بحث منفصل ، ولا تدخل في صلب موضوع دراستنا ، حيث تم التركيز في دراستنا (كما هو مبين من العنوان) على التشخيص والتدبير .

وإنما تم التطرق إلى عوامل الخطورة ليتم توصيفها ووضعها في عين الإعتبار كونها مهمة لإتخاذ مجموعة من التدابير الوقائية والتي من شأنها أن تقلل قدر الإمكان من حدوث نزف الخلاص من جهة ، ومن جهة أخرى لرفع درجة الوعي والحذر عند التعامل مع سيدة لديها عوامل خطورة لحدوث نزف خلاص ليتم وضع التشخيص والتدخل المبكر في حال حدوث نزف الخلاص .

الجدول التالي يبين تواجد عوامل الخطورة بشكل عام لدى عينتي الدراسة:

عوامل الخطورة	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=63)	العدد	النسبة(N=46)	
نعم	31	49.2	21	45.65	0.7
لا	32	50.8	25	54.35	
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم (٥) : تواجد عوامل الخطورة

وتم التطرق إلى عوامل الخطورة المؤعبة لحدوث نزف الخلاص في القسم النظري من الدراسة وفيما يلي جدول بأهم عوامل الخطورة التي تم تسجيلها لدى عينة الدراسة من خلال المراقبة وجمع البيانات . الجدول رقم(٥)

عوامل الخطورة	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=63)	العدد	النسبة(N=46)	
الخروسات	28	44.44	17	36.95	0.95
عديدات الولادة	8	12.67	6	13.04	0.5
سوابق قيصرية	3	4.76	3	6.52	0.8
سوابق جراحة على الرحم	2	3.17	3	6.52	0.5
سوابق نزف خلاص	3	4.76	2	4.34	0.95
ما قبل الارجاج	5	7.93	4	8.69	0.9
جنين عرطل	7	11.11	5	10.86	0.95
حمل متعدد	4	6.34	5	10.86	0.9
أدوية مرخية للرحم	2	3.17	2	4.34	0.5
الإنتان الأمنيوسي	2	3.17	2	4.34	0.5
المجموع	64		49		

الجدول رقم (٦) : تفصيل عوامل الخطورة في عينة الدراسة

نلاحظ اختلاف في المجموع عن عدد العينة ,وذلك بسبب تواجد عوامل خطورة مشتركة عند بعض السيدات , وبالنظر إلى قيمة P value نجد أنها>٠,٠٥ وهذا يدل على أنه لا يوجد فارق ذو مغزى احصائي بين العينتين وأنهما متقاربتان من حيث عوامل الخطورة مما يعطي مصداقية أكبر للدراسة .

من عوامل الخطورة أو بالأحرى من مسببات نزف الخلاص التي تمت ملاحظتها خلال الدراسة هو التوسطات الولادية وسنتوقف هنا لندرسها بشئ من التفصيل وذلك على الحالات التي تمت ولادتها في مشفانا، لصعوبة وعدم القدرة على استيفاء البيانات فيما يتعلق بالحالات التي تم توليدها خارج المشفى .

والجدول التالي يبين توزع الحالات بالنسبة للتوسطات الولادية :

التوسطات الولادية	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
ملقط	3	6.12	2	6.89	0.9
محجم	2	4.08	0	0	0.2
كبس على البطن	10	20.41	6	20.69	0.7
دون توسطات	34	69.39	21	70.42	0.4
المجموع	49	100%	29	100%	

الجدول رقم (٧) : استخدام التوسطات الولادية في عينة الدراسة للحالات ضمن المشفى

نلاحظ من الجدول السابق أنه تم تطبيق مناورة تعتبر خطرة على كل من الأم والجنين من حيث تسببها بتمزق الرحم والعطالة الرحمية وهي الكبس على البطن الذي كانت نسبته ٢٠,٤١%قبل التدخل ٢٠,٦٩% بعد التدخل , ويجب منع هذا التوسط واللجوء إلى التوسطات العلمية المعتمدة عالميا" والتي يجب إجراؤها بيد خبيرة وتدريب الأطباء على تطبيقها للحد من اختلاطاتها.

<u>ثالثا") التدبير الفعال ، الجدول الانذاري ، التدابير الوقائية :</u>

الدبير الفعال للطور الثالث من المخاض	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=49)	العدد	النسبة(N=29)	
نعم	0	0	11	37.93	0.001
لا	49	100	18	62.07	
المجموع	49	100%	29	100%	

الجدول رقم(٨) :التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض

لقد تم تطبيق التدبير الفعَال للطور الثالث من المخاض على ١١ سيدة مقابل ١٨ لم يتم تطبيقه وذلك في عينة الدراسة بعد التدخل بنسبة ٣٧,٩٣% ، في حين لم يتم تطبيق التدبير الفعال في العينة ما قبل التدخل ، ولدراسة دور التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض في الوقاية من حدوث نزف خلاص فإننا بحاجة إلى دراسة مستقلة ، تعنى بهذا الجانب .

ولكن ما يهمنا أنه بدأ اعتماد التدبيرالفعال في قسم المخاض ، وعلى الرغم من أن ٣٧,٩٣% ممن طبق لهن التدبير الفعال حدث لديهن نزف ، فإنه من الممكن أن من تم وقايتهن من حدوث نزف كان عدد جيد وهذا ما نحن بحاجة لدراسته بشكل مفصل بدراسات أخرى.

الجدول الإنذاري	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=31)	العدد	النسبة(N=21)	
نعم	0	0	8	38.09	0.001
لا	31	100	13	61.91	
المجموع	31	100%	21	100%	

الجدول رقم (٩) : الجدول الإنذاري

العدد ٣١ , ٢١ هو عدد السيدات اللواتي لديهن عوامل خطورة لحدوث نزف الخلاص .

لقد تم اعتماد عوامل الخطورة سابقة الذكر وتواجدها لدى السيدات المقبولات في المشفى للولادة أو انهاء الحمل كمنذر لحدوث نزف الخلاص ، ولقد تم وضع ٨ سيدات على الجدول الإنذاري من اللواتي حدث لديهن نزف خلاص وهو يشكل ثلث السيدات اللواتي لديهن عوامل خطورة

وذلك بالنسبة إلى العينة ما بعد التدخل ، أما قبل التدخل لم يتم اعتماد أي جدول إنذاري .

التدبير الوقائي	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=31)	العدد	النسبة(N=21)	
نعم	0	0	4	19.04	0.01
لا	31	100	17	80.96	
المجموع	31	100%	21	100%	

الجدول (١٠) : التدبير الوقائي

ولقد تم اتخاذ التدابير الوقائية والمذكورة في التدخل عند ٤ فقط من اللواتي وضعن على الجدول الإنذاري من أصل ٢١ سيدة لديها عوامل خطورة ، وهذا يعكس أهمية جعل هذه الاجراءات (الجدول الإنذاري ، التدابير الوقائية ، التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض) واعتمادها اجراءات روتينية وسياسة وبروتوكولات تتبع في الأقسام المعنية بالولادة في المشفى .

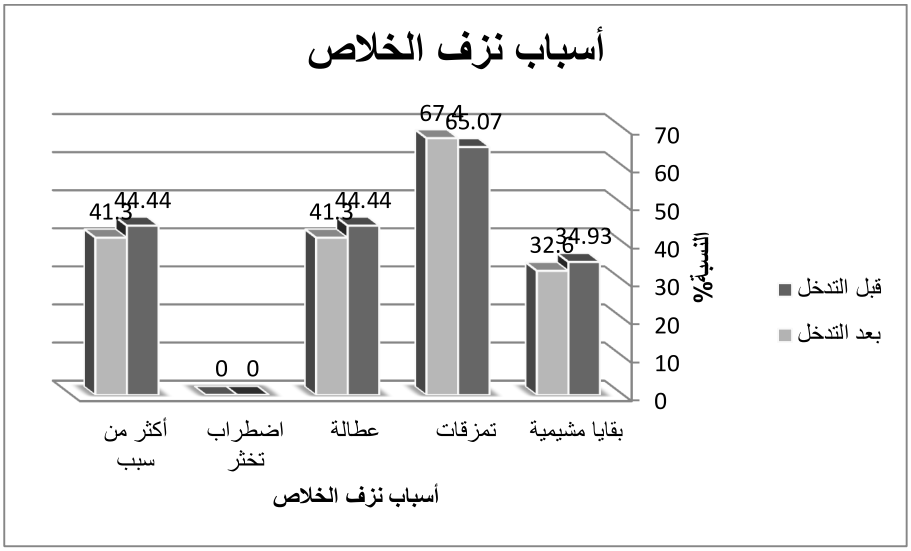
رابعا") السببيات :

تعد كل من العطالة الرحمية ، التمزقات في السبيل التناسلي ، البقايا المشيمية ، اضطراب عوامل التخثر المسببات الرئيسة لنزف الخلاص .

وفي عينة الدراسة ولدى تقسيم المريضات تبعا للمسبب حصلنا على النتائج المبينة في الجدول رقم (١١) مع الأخذ بعين الاعتبار أن هنالك حالات من عينة الدراسة قد تشارك أكثر من مسبب في حدوث نزف الخلاص .

سبب النزف	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=63)	العدد	النسبة(N=46)	
بقايا مشيمية	8	34.93	15	32.6	0.2
تمزقات	41	65.07	31	67.4	0.5
عطالة	22	44.44	19	41.3	0.5
اضطراب تخثر	0	0	0	0	
أكثر من سبب	28	44.44	19	41.3	0.7
المجموع					

الجدول رقم (١١) : أسباب نزف الخلاص في عينة ادراسة



المخطط(٣) :أسباب نزف الخلاص

بالنظر إلى النتائج في الجدول والمخطط السابقين نجد أن المسبب الرئيسي لنزف الخلاص في عينتي الدراسة كان التمزقات في السبيل التناسلي ٦٥,٠٧% ,٦٧,٤% على التوالي بدء" من العجان وانتهاء" بالرحم ولقد كانت حصة التمزقات في العنق هي الأكبر (٢١ ,١٨) حالة تمزق عنق بمختلف درجاته ويليه التمزقات في المهبل والعجان (١٤ , ١٠) حالة ، ومن خلال المراقبة تبين أن ارتفاع نسبة التمزقات مرده إلى :

أولا) اللجوء إلى إجراء خزع الفرج الواقي بشكل روتيني في أغلب حالات ولادة الخروسات .

ثانيا) الإجراءات التوليدية الخاطئة من قبل بعض الأطباء كالتشجيع على الحزق قبل تمام الإتساع لعنق الرحم ، القيام بمناورة تدعى (رفع العنق) مما يساهم في حدوث التمزقات على مستوى عنق الرحم .

ثالثا) الكبس على البطن وما يترافق بحدوث تمزق الرحم ، والولادة السريعة قبل التمكن من القيام بردف العجان بشكل مناسب .

ونجد أيضا ارتفاع نسبة البقايا المشيمية ٣٤,٩٣% ، ٣٢,٦%بينما العطالة الرحمية شكلت فقط ٤٤,٤٤% ,٤١,٣% من الحالات، وكما هو معروف فإن نسبة العطالة الرحمية كمسبب لنزف الخلاص تشكل ٧٠-٨٠% في كل المراجع .

ولم يتم تسجيل أي حالة اضطراب تخثر كمسبب لنزف الخلاص .

وكما هو مبين في الجدول السابق فإنه في(٢٨ ,١٩)حالة كان هنالك أكثر من سبب لنزف الخلاص

نلاحظ من الجدول والمخطط السابقين أن نسبة مسببات نزف الخلاص للعينتين متقاربة وبالنظر إلى قيمة P value نجد أنها>٠,٠٥ وبالتلي الفارق ليس ذو مغزى احصائي.

إذا المسببات نفسها وهذا مفروغ من أمره ولكن نسبة مسؤولية كل منها وبقاء النسب متقاربة بعد التدخل يطرح مشكلة وهي :

أن التمزقات في السبيل التناسلي وخاصة عنق الرحم تشكل أكبر نسبة وذلك نتيجة الأسباب المذكورة سابقا , وهنا يجب التأكيد على ضرورة اتباع منهجية علمية في التوليد والإبتعاد عن المسببات لحدوث التمزقات في السبيل التناسلي ونذكر منها :

عدم اجراء خزع الفرج الواقي بشكل روتيني ، وتوضيح استطبابات وتوقيت اجراء الخزع وتدريب الأطباء على ذلك ، واعتمادها كبروتوكول يتبع مع توليد الخروسات .

عدم اللجوء إلى المناورات الخطيرة مثل الكبس على البطن

اعطاء فرصة للطور الثاني من المخاض ليتطور بشكل طبيعي وعدم التدخل وتسريع الولادة إلا بإستطباب .

خامسا") <u>التشخيص :</u>

في هذا البند سوف نتطرق الى عدة محاور :

١- المعيار الذي تم به تشخيص نزف الخلاص

٢- الزمن المنقضي من الولادة إلى وضع تشخيص نزف الخلاص ، وفيما يخص هذا البند فلقد تم اعتماد عدة معايير للحصول على الوقت التقريبي المنقضي لوضع التشخيص : كتواجد الدارس في ٦٠% من الحالات ، الرجوع إلى اضابير المريضات وحساب الوقت من الولادة الى تشخيص نزف الخلاص ، سؤال الأطباء المناوبون والتي حدثت الحالات في مناوباتهم ، ولذلك نكرر فان الوقت كان تقريبيا" أقرب ما يكون الى الواقع ولم يكن دقيقا" مائة بالمائة .

فيمايلي <u>العايير المتبعة في التشخيص</u>

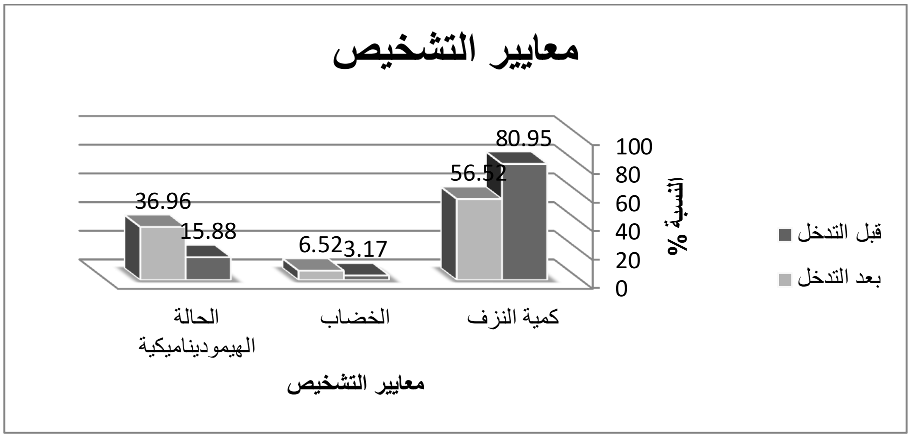
كما ذكرنا في القسم النظري فان معايير تشخيص نزف الخلاص هي

- سريري
- هبوط الخضاب
- كمية النزف

والجدول التالي يبين المقارنة بين عينتي الدراسة بالنسبة للمعايير المعتمدة في وضع التشخيص

التشخيص	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
كمية النزف	51	80.95	26	56.52	0.01
الخضاب	2	3.17	3	6.52	0.5
الحالة الهيموديناميكية	10	15.88	17	36.96	0.01
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم (١٢) : معايير التشخيص في عينة الدراسة



مخطط(٤) : معايير التشخيص

نلاحظ من الجدول والمخطط السابقين أن المعيار الأساسي لتشخيص نزف الخلاص في العينة قبل التدخل هو كمية النزف بنسبة ٨٠,٩٥% مقابل ٥٦,٥٢٥ بعد التدخل ونلاحظ من خلال قيمة P value <0.05 أن الفارق ذو مغزى احصائي وهذا يدل على تطور في تشخيص نزف الخلاص بالإعتماد على المعايير الأخرى ولا سيما الحالة الهيموديناميكية الأكثر موثوقية

حيث تم الإعتماد على الحالة الهيموديناميكية في التشخيص بعد التدخل بنسبة ٣٦,٩٦% مقابل ١٥,٨٨% والفارق أيضا" ذو مغزى احصائي

وهذا يعكس نجاح التدخل فيما يتعلق بمعايير تشخيص نزف الخلاص والإعتماد على الحالة الهيموديناميكية كمعيار أساسي في التشخيص ، بالإضافة إلى زيادة الوعي والحدس السريري إلى كمية النزف .

أما فيما يتعلق بنزول قيمة الخضاب لم نجد أي فارق ذو مغزى احصائي .

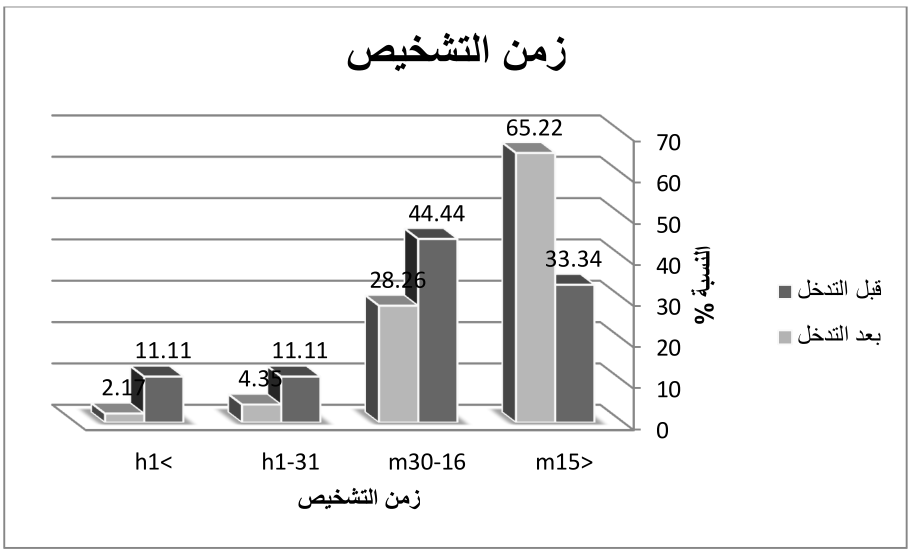
<u>المدة الزمنية للتشخيص</u> :

تم تقسم الوقت المنقضي من الولادة إلى وضع التشخيص إلى :

١٥د ، ١٥-٣٠ د ، ٣١د -١ سا ، >١سا ،تم وضع المريضات المحولات من خارج المشفى ضمن مجموعة ١٥د نظرا" لكون المريضة تصل مشخصة إلى المشفى وتم توزيع باقي المريضات بالإعتماد على المعلومات التي تم جمعها كما ذكرنا .

زمن التشخيص	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
m15>	21	33.34	30	65.22	0.001
m30-16	28	44.44	13	28.26	0.1
h1-31	7	11.11	2	4.35	0.2
h1<	7	11.11	1	2.17	0.1
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم (١٣) الزمن المنقضي لوضع التشخيص في عينة الدراسة



مخطط(٥) : زمن التشخيص

نلاحظ أن ٦٥,٢٢% من حالات نزف الخلاص تم تشخيصها خلال أول ربع ساعة من الولادة مقارنة ب ٣٣,٣٤% من الحالات قبل التدخل وبالنظر إلى قيمة P value نجد أن الفرق ذو مغزى احصائي وهذا يعكس أهمية التدخل والنتائج التي حققها في التشخيص المبكر لنزف الخلاص .

أم فيما يتعلق بباقي الفترات الزمنية فلم نجد أي فارق ذومغزى إحصائي .

سادسا") التدبير :

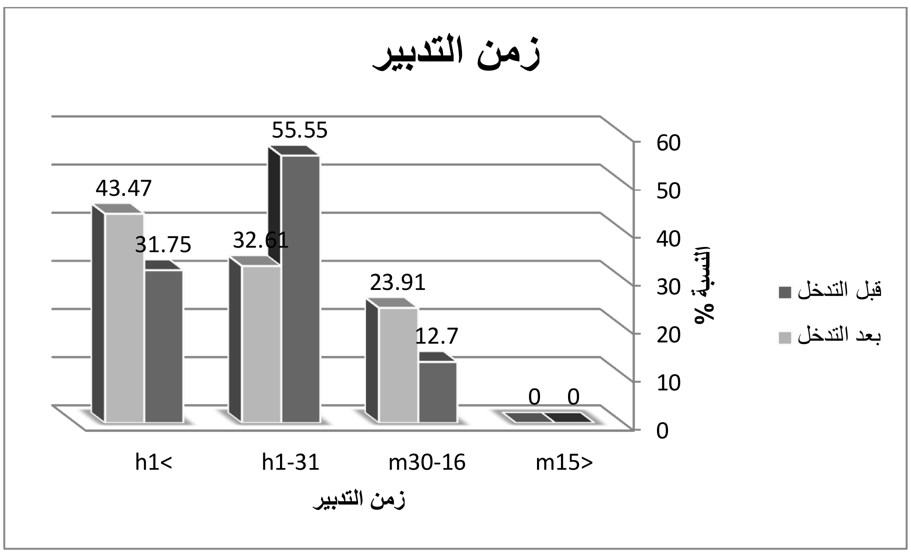
١- زمن التدبير: الجدول التالي يبين مقارنة المدة التي تم فيها تدبير مريضات نزف الخلاص في عينتي الدراسة

وهو الزمن المنقضي من وضع التشخيص إلى الانتهاء من المعالجة العامة والنوعية لحالة نزف الخلاص ولقد تم توثيقها من خلال تواجد الدارس في ٦٥% من الحالات قبل التدخل و ٦٠%

من الحالات بعد التدخل ، الرجوع إلى أضابير المريضات وحساب الوقت من بدء المعالجة إلى الانتهاء منها ، سؤال الأطباء المناوبون والتي حدثت الحالات في مناوباتهم ، ولذلك فإن الوقت كان تقريبيا" أقرب ما يكون إلى الواقع ولم يكن دقيقا" مائة بالمائة .

زمن التدبير	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
m15>	0	0	0	0	
m30-16	8	12.7	11	23.91	0.1
h1-31	35	55.55	15	32.61	0.01
h1<	20	31.75	20	43.47	0.2
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم (١٤) زمن التدبير في عينة الدراسة



مخطط (٦) :زمن التدبير

وكما هو موضح في الجدول فلقد تم تقسيم وقت التدبير إلى< ١٥د ،١٥-٣٠د ، ٣١-٦٠د ، >١سا

نلاحظ أن ٢٣,٩١% من الحالات بعد التدخل تم تدبيرها خلال نصف ساعة مقابل ١٢,٧% قبل التدخل ، واستغرق التدبير أكثر من ساعة في ٤٣,٤٧% من الحالات بعد التدخل مقابل ٣١,٧٥% قبل التدخل ومرد ذلك هو عدد الحالات المحولة إلى المشفى والتي احتاجت إلى تداخل جراحي أكبر بعد التدخل منها قبل التدخل

وبالدراسة الإحصائية المجراة نجد أن الفترة الزمنية من٣٠-٦٠د كان هناك فارق ذو مغزى إحصائي فقط وهذا الفارق لا يعتبرمن نتائج التدخل وبالتالي نستنتج أن التدخل لم يكن مؤثرا" فيما يخص مدة التدبير .

٢-إخبار الأستاذ المشرف وحضوره :

باعتبار أن نزف الخلاص حالة إسعافية وعلى درجة عالية من الخطورة ونظرا" إلى أهمية تواجد أعلى خبرة جراحية لاتخاذ القرار والقيام بالإجراءات الغازية في حال الضرورة لذلك وذلك لتوفير الوقت والذي يعتبر هاما" لإنقاذ حياة المريضة .

كانت أهمية أخبار الأستاذ المشرف وحضوره وال\اي يعكس الوعي والحس بالمسؤولية لدى الأطباء المناوبين .

وفيما يلي جدول مقارنة قبل وبعد التدخل فيما يخص إخبار الأستاذ المشرف وحضوره

	اخبارالأستاذ وحضوره	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
اخبار	نعم	13	20.63	30	65.22	0.001
	لا	50	79.37	16	34.78	
	المجموع	63	100%	46	100%	
حضور	نعم	7	11.11	14	30.43	0.01
	لا	56	88.89	32	69.57	
	المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم (١٥) إخبار الأستاذ المشرف وحضوره

تم إخبار الأستاذ المناوب في ١٣ حالة من أصل ٦٣، بنسبة ٢٠,٦٣% , وتم حضور الأستاذ في ٧ حالات بنسبة ١١,١١% من الحالات فقط و\لك ماقبل التدخل.

أي تم أخبار الأستاذ في أقل من ربع الحالات وهذا من شأنه كما ذكرنا أن يضيع الوقت على المريضة ، والذي يعتبر هاما" جدا" في الحفاظ على حياة المريضة والإقلال من حدوث الإختلاطات .

في حين تم إخبار الأستاذ المناوب في ٣٠ حالة من أصل ٤٦، بنسبة ٦٥,٢٢% وتم حضور الأستاذ في ١٤ حالات بنسبة ٣٠,٤٣% من الحالات ما بعد التدخل .

ونلاحظ ارتفاع نسبة أخبار الأستاذ المشرف وحضوره ، وهذا يعكس زيادة الإحساس بأهمية الوقت في تدبير نزف الخلاص بالإضافة إلى زيادة الحس بالمسؤولية لدى أطباء الدراسات العليا بضرورة إخبار أعلى خبرة جراحية وأخذ التوجيهات اللازمة للتدبير ريثما يحضر إذا كانت الحالة تستدعي حضوره وتواجده للإشراف على التدبير

ونلاحظ أن الفارق ذو مغزى إحصائي وهذا يدل على نجاح التدخل فيما يتعلق بهذه النقطة .

٣– <u>الحاجة إلى نقل الدم</u> :

يعتبر نقل الدم ومشتقاته المنقذ في كثير من حالات نزوف الخلاص وقد يؤدي التأخير في نقل الدم إلى انكسار المعاوضة والوصول إلى نقطة اللاعودة .

نقل الدم	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
نعم	29	46.03	26	56.52	0.3
لا	34	53.97	20	43.48	
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم(١٦) نقل الدم في عينة الدراسة

نقل الدم	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
من المشفى	15	51.72	9	34.61	0.095
من خارج المشفى	14	48.28	17	65.39	0.5
المجموع	29	100%	26	100%	

الجدول رقم(١٧) نقل الدم في عينة الدراسة

نلاحظ أن نسبة نقل الدم في كل حالات نزف الخلاص ازدادت بعد التدخل٥٦,٥٢% مقابل ٤٦,٠٣% قبل التدخل

قد يدل ذلك على ازدياد الوعي فيما يتعلق بالمباشرة بنقل الدم وعدم تضييع الوقت

ولكن بالتفريق بين الحالات الحادثة في المشفى ونقل الدم للمريضات المحولات إلى المشفى نجد أن المريضات اللواتي حدث لديهن نزف خاص واحتجن إلى نقل دم في المشفى نسبتهن أقل عما كانت عليه بعد التدخل ٥١,٧٢% قبل التدخل مقابل ٣٤,٦١% بعد التدخل .

ولكن لم نجد أية فارق ذو مغزى إحصائي بين العينتين .

٤ – <u>نوع التدابير المتخذة :</u>

إن التدابير المتخذة في معالجة نزف الخلاص تقسم إلى تدابير عامة وإجراءات خاصة بكل حالة حسب المسبب .

من خلال المراقبة والبيانات التي تم جمعها نلاحظ أن جميع حالات نزف الخلاص خضعت إلى تدابير عامة مثل إعطاء المقبضات ، تمسيد الرحم ، استقصاء السبيل التناسلي ، المس المستبطن

ولكن هذه الإجراءات في المرحلة <u>ما قبل التدخل</u> لم تكن منهجية ومنظمة وإنما كانت أقرب إلى العشوائية ولقد كانت تجرى أكثر من مرة دون الانتقال إلى الخطوة التالية في التدبير مما يضيع الوقت على المريضة وأحيانا يضيع التشخيص فمثلا :(مريضة تم إجراء مس مستبطن لها بيد طبيب سنة ثالثة ولم يجد ما يدل على تمزق ، وبعد حضور طبيب السنة الخامسة لا يجري المس المستبطن بسبب إجرائه من قبل طبيب السنة الثالثة ، ويطلب مراقبة المريضة وتمسيد

الرحم وبعد مرور ساعة تصاب المريضة بتغيم وعي وتنقل إلى غرفة العمليات ، وبعد فتح البطن وجد تمزق في خاصرة الرحم والبطن يملؤه الدم وتوفيت المريضة بسبب استقصاء المريضة بيد ليست خبيرة وتضييع الوقت) . ولكن نتيجة التدريب والتدخل الذي قمنا به لوحظ ارتفاع درجة الوعي غالى أهمية تكاتف كل الجهود في تدبير نزف الخلاص ، ولوحظ أيضا" المنهجية والانتقال السلس من إجراء إلى آخر في خطوات التدبير وإن كان ذلك ليس في كل الحالات ، وهذا يعكس أهمية التدريب والذي بمزيد من العمل والجهد سيؤتي ثماره في المستقبل القريب إن شاء الله .

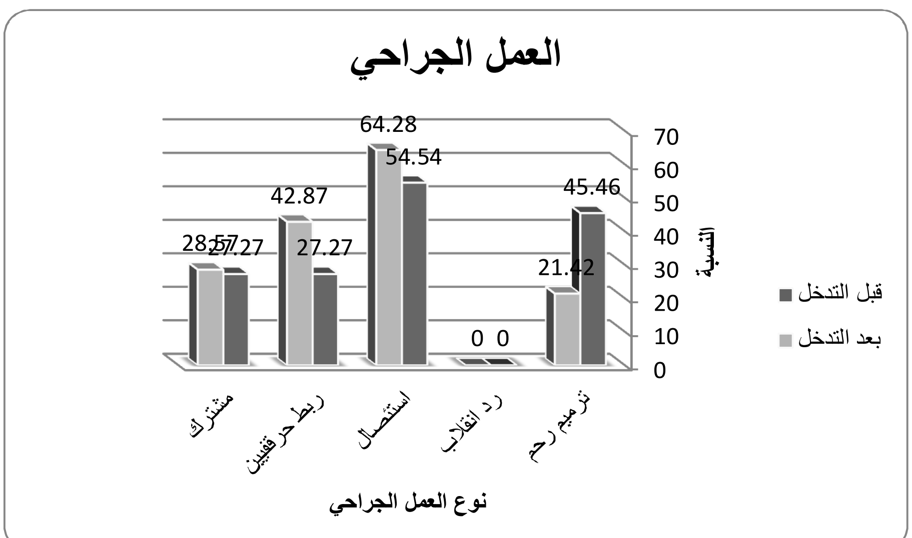
ولقد تم تسجيل التدابير الجراحية التي تم إجراؤها خلال فترة الدراسة على مريضات نزف الخلاص

العمل الجراحي	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
نعم	11	17.46	14	30.43	0.1
لا	52	82.54	32	69.57	
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم(١٨) العمل الجراحي في عينة الدراسة

العمل الجراحي	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=11)	العدد	النسبة(N=14)	
ترميم رحم	5	45.46	3	21.42	0.2
رد انقلاب	0	0	0	0	
استئصال	6	54.54	9	64.28	0.7
ربط حرقفيين	3	27.27	6	42.87	0.4
مشترك	3	27.27	4	28.57	
المجموع					

الجدول رقم (١٩) : أنواع العمل الجراحي ونسبتها في عينة ادراسة



مخطط(٧) : أنواع العمل الجراحي

نلاحظ من الجدول السابق بالنسبة للعينة ما قبل التدخل : أن ٥ حالات خضعت الى ترميم رحم

، و٦ حالات استئصال رحم ولادي ، و٣ حالات ربط حرقفيين وبمقارنة العدد نجد أنه مختلف وذلك بسبب أن ٣ حالات من حالات الاستئصال الولادي تم اجراء ربط حرقفيين فيها بنفس الزمن أو بزمن لاحق .

نلاحظ من الجدول السابق بالنسبة للعينة ما بعد التدخل أن٣ حالات خضعت الى ترميم رحم ، و٩ حالات استئصال رحم ولادي ، و٦ حالات ربط حرقفيين وبمقارنة العدد نجد أنه مختلف وذلك بسبب أن ٤ حالات من حالات الاستئصال الولادي تم اجراء ربط حرقفيين فيها بنفس الزمن أو بزمن لاحق .

العمل الجراحي	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
من المشفى	4	36.36	4	28.57	0.5
من خارج المشفى	7	63.64	10	71.43	0.5
المجموع	11	100%	14	100%	

الجدول رقم(٢٠) االعمل الجراحي وتوزعه

نلاحظ أن نسبة الحالات التي احتاجت إلى تدخل جراحي بعد التدخل ٢٨,٥٧% مقابل ٣٦,٣٦% وهو أقل ولكن ليس بنسبة كبيرة ونجد أيضا أنه لايوجد فارق ذو مغزى إحصائي بين المجموعتين.

في حين ازداد النسبة فيما يخص الحالات المحولة إلى المشفى عما كان عليه قبل التدخل ,ولكن لم يكن هناك فارق \او مغزى احصائي .

سابعا") **<u>الاختلاطات :</u>**

لفد تم تسجيل الاختلاطات التي حدثت للمريضات ، وهذه الاختلاطات تم تقسيمها الى اختلاطات حدثت للمريضات في مشفانا ، والمريضات المحولات الى مشفانا ، وتم ذكر هذه الاختلاطات ونسبة حدوث كل منها .

الإختلاطات	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
نعم	12	19.05	11	23.91	0.5
لا	51	80.95	35	76.09	
المجموع	63	100%	46	100%	

الجدول رقم(٢١) الإختلاطات في عينة الدراسة

إن الجدول السابق يبين نسبة حدوث الإختلاطات بشكل عام حيث نلاحظ أن نسبة الإختلاطات قبل التدخل كانت ١٩,٠٥% و وبعد التدخل ٢٣,٩١% وهذا يعني زيادة حدوث الإختلاطات بعد التدخل ولكن إذا قسمنا حدوث الإختلاطات بالنسبة لمريضات المشفى واللواتي حولن إلى المشفى نحصل على الجدول التالي :

الإختلاطات	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
من المشفى	5	41.66	3	27.27	0.95
من خارج المشفى	7	58.34	8	72.73	0.9
المجموع	12	100%	11	100%	

الجدول رقم(٢٢) الإختلاطات في عينة الدراسة

ونلاحظ من خلال الجدول السابق أن نسبة الإختلاطات بالنسبة لمريضات المشفى ما بعد التدخل أقل مما هو عليه قبل التدخل ٢٧,٢٧% , ٤١,٦٦% على التوالي ,وإن كان الفارق ليس له مغزى احصائي لكن الفارق في النسبة يدل على التقدم في التدبير وتجنيب المريضات حدوث الإختلاطات قدر الإمكان .

وفيمايلي جدول بالإختلاطات التي تم رصدها ونسب كل منها :

الإختلاطات	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=12)	العدد	النسبة(N=11)	
قصور كلوي	2	16.67	2	18.18	
صدمة انتانية	1	8.33	1	9.1	
وذمة رئة	5	41.67	4	36.36	
DIC	4	33.33	4	36.36	
المجموع	12	100%	11	100%	

الجدول رقم (٢٣) : الإختلاطات في عينة الدراسة

نلاحظ أن أكثر اختلاط قد حدث في العينة ما قبل التدخل هو وذمة الرئة بنسبة ٤١,٦٧% وقد يكون مرد ذلك إلى التحميل الزائد للسوائل ، يليه التخثر المنتشر داخل الأوعية بنسبة ٣٣,٣٣%

كما نلاحظ أن أكثر اختلاط قد حدث في العينة مابعد التدخل هو التخثر المنتشر داخل الأوعية بنسبة ووذمة الرئة بنسبة ٣٦,٣٦%.

ونورد فيما يلي تفصيل بالإختلاطات الحادثة للمريضات المقبولات في المشفى والمحولات الى المشفى

الإختلاطات	قبل التدخل				بعد التدخل				P value
	من داخل المشفى		من خارج المشفى		من داخل المشفى		من خارج المشفى		
	العدد	النسبة(N=12)	العدد	النسبة(N=12)	العدد	النسبة(N=11)	العدد	النسبة(N=11)	
قصور كلوي	1	8.32	1	8.33	1	9.09	1	9.09	0.95
صدمة انتانية	0	0	1	8.33	0	0	1	9.09	
وذمة رئة	2	16.67	3	25	1	9.09	3	27.27	0.6
DIC	2	16.67	2	16.68	1	9.09	3	27.28	0.6
المجموع	5	41.66	7	58.34	3	27.27	8	72.73	

الجدول رقم (٢٤) : الإختلاطات في عينة الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول السابق تراجع في حدوث كل من وذمة الرئة وال DICبعد التدخل بالمقارنة بما قبل التدخل وهذا أيضا" يعتبر تطور هام في تدبير نزف الخلاص من خلال الانتباه إلى تحميل السوئل الزائد والمراقبة اللصيقة للفحوصات التخثرية والتدخل في حال وجود خلل ,وإن كان الفارق ليس له مغزى احصائي ولكنه تطور لا يمكن إغفاله على صعيد التدبير والمراقبة للمريضات .

ثامنا") <u>الوفيات :</u>

الوفيات	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة(N=63)	العدد	النسبة(N=46)	
	3	4.76	5	10.87	0.2

الجدول رقم (٢٥) :الوفيات في الدراسة

نلاحظ ارتفاع نسبة الوفيات بعد التدخل ، ولكن كل حالات الوفيات التي حدثت بعد التدخل حدثت للمريضات المحولات إلى المشفى ولم تحدث أية حالة وفاة للمريضات اللواتي حدث لديهن نزف الخلاص في المشفى وإن لم يكن هناك أي فارق ذو مغزى إحصائي ولكنه تقدم جيد في النتائج ، ونأمل أن نصل الى وقت يشطب فيه نزف الخلاص من قائمة المسببات للوفيات الوالدية أو على الأقل ألاَ يعتبر من الأسباب الرئيسة للوفيات .

الوفيات	قبل التدخل		بعد التدخل		P value
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
من المشفى	1	33.33	0	0	0.5
من خارج المشفى	2	66.67	5	100	0.3
المجموع	3	100%	5	100%	

الجدول رقم(٢٦) الوفيات في عينة الدراسة

نلاحظ من الجدول السابق أنه لا يوجد فارق ذو مغزى احصائي ولكن انخاض نسبة الوفيات بالنسبة لمريضات المشفى يعتبر تطورا"للخدمة التوليدية المقدمة , بالإضافة إلى إعتبارها نقطة ايجابية في صالح التدخل

النتائج والمناقشة

شكلت نسبة نزف الخلاص في دراستنا في عينة ما قبل التدخل، وما بعد التدخل ١%، ٠,٧% على التوالي، وهي أخفض من النسبة العالمية المذكورة في المراجع لحدوث نزف الخلاص وهي ٢-٤%

كانت المعايير التوصيفية (العمر، سن الحمل، طريقة الولادة)لعينتي الدراسة متماثلة تقريبا"،

كما إن نسبة تواجد عوامل الخطورة متقاربة في عينتي الدراسة ، ولم نجد فارق إحصائي هام بينهما . مما يعني عدم وجود انحياز في العينة .

ولقد كانت النتائج الإيجابية للتدخل :

لم يتم تطبيق التدبير الفعال للطور الثالث من المخاض قبل التدخل، في حين تم تطبيقه بعد التدخل، ولكن لم يكن تطبيقه روتينيا"، حيث كانت نسبة التطبيق في عينة الدراسة ما بعد التدخل ٣٧,٩٣% فقط .

لم يتم اعتماد الجدول الإنذاري (عوامل الخطورة) بشكل روتيني لكل سيدة تقبل في المشفى في حالة مخاض ، أو لإنهاء الحمل لأي سبب كان ، حيث كانت النسبة لاعتماده ٥٧,١٤% من السيدات اللواتي لديهن عوامل خطورة لحدوث نزف خلاص .

لم يتم اتخاذ تدابير وقائية لكل السيدات مع عوامل خطورة حتى بعد اعتماد بعض السيدات كعاليات الخطورة ، وكانت النسبة لاتخاذ التدابير الوقائية ٢٨,٥٧% من اللواتي لديهن عوامل خطورة لحدوث نزف الخلاص .

كانت نسبة المسببات لحدوث نزف الخلاص في العينتين أيضا" متقاربة ، مع ملاحظة ارتفاع نسبة مسؤولية تمزقات السبيل التناسلي وخصوصا" على مستوى عنق الرحم في نزف الخلاص في كلتا العينتين حيث كانت قبل التدخل ٦٥,٠٧% ، وبعد التدخل ٦٧,٤% ، في حين شكلت العطالة الرحمية ما نسبته ٤٤,٤٤% قبل التدخل ، و٤١,٣% بعد التدخل ، وبالنظر إلى النسب العالمية نجد أن العطالة تشكل ٧٥-٨٠% من مسببات نزف الخلاص مقابل ٢٠% للتمزقات في السبيل التناسلي .

تم اعتماد معيارين بشكل أساسي في تشخيص نزف الخلاص ، وهما المعيار الكلاسيكي(كمية النزف) والحالة الهيمودناميكية ,ولقد لاحظنا ارتفاع نسبة اعتماد الحالة الهيمودناميكية لتشخيص نزف الخلاص , وهذا ما يدل على النجاح النسبي للتدخل في هذا المجال ، حيث وكما ذكرنا فإن الحالة الهيمودناميكية هي المعيار الأهم والأوثق لتشخيص نزف الخلاص , ولقد بينت النتائج أن الفارق ذو مغزى إحصائي

فيما يخص مدة التشخيص لاحظنا أن ٦٥,٢٢% من الحالات بعد التدخل تم تشخيصها خلال ربع الساعة الأولى مقابل ٣٣,٣٤% قبل التدخل وكان الفارق ذو مغزى إحصائي وتعتبر هذه النتيجة تطور جيد ونجاح لا يمكن إغفاله للتدخل والتدريب .

فيما يخص زمن التدبير فلقد كانت نسبة مدة التدبيرمن١٥-٣٠د(١٢,٧% ، ٢٣,٩%)قبل التدخل ، بعد التدخل على التوالي ، وكانت هذه الزيادة على حساب مدة التدبير ٣٠-٦٠د وإن كان الفارق ليس ذو مغزى إحصائي ، فإنه يشكل تحسن ملحوظ ويدل على التوجه والمنهجية وعدم التخبط في التدبير , كما لاحظنا ازدياد نسبة مدة التدبير>١سا ٤٣,٤٧% بعد التدخل مقارنة به قبل التدخل ٣١,٧٥% وذلك بسب أن عدد الحالات المحولة من خارج المشفى والتي كانت بحاجة إلى تداخل جراحي كانت أكبر بعد التدخل .

وفيما يتعلق بإخبار الأستاذ المشرف وحضوره لاحظنا وجود فارق ذو مغزى إحصائي حيث كانت النسبة للإخبار قبل وبعد التدخل على التوالي ٢٠,٦٣% , ٦٥,٢٢% وبالنسبة للحظور فلقد كانت ١١,١١% ,٣٠,٤٣% , وإن دل ذلك على شئ فإنما يدل على ارتفاع الحس بالمسؤولية لدى أطباء الدراسات العليا بضرورة إعلام أعلى خبرة جراحية متوافرة وهو الأستاذ المشرف لأخذ التوجيهات اللازمة لتدبير الحالة ولإختصار الوقت بإجراء التدابير الإسعافية، (وليس كما كان يحدث فعندما تحدث حالة نزف خلاص يقوم المناوبون بتدبير الحالة دون اللجوء إلى الأستاذ وعند الفشل يتم إخبار الأستاذ ، فنكون عندها قد ضيَعنا وقتا" هاما" على المريضة مما يؤثر سلبا" في نتيجة التدبير والبقيا للمريضة وحدوث الإختلاطات)

حدثت زيادة في نسبة نقل الدم بعد التدخل ٥٦,٦٢% مقابل ٤٦,٠٣% قبل التدخل ولكن عند تفصيل النتائج نجد كما ذكرنا في المقارنة أن نسبة نقل الدم بالنسبة لمريضات المشفى أقل بعد التدخل , وإن كان الفارق لم يكن ذو مغزى إحصائي .

لقد كانت نسبة التداخلات الجراحية أعلى بعد التدخل ٣٠,٤٣% مقابل ١٧,٤٦% وهذا الفارق عائد بشكل أساسي الى ارتفاع نسبة الحالات المجرى لها عمل جراحي من المريضات المحولات إلى المشفى ، وفيا يخص الحالات الحادثة في المشفى فإن النسبة انخفضت بشكل بسيط ٣٦,٣٦% ، ٢٨,٥٧% .

بالنسبة للإختلاطات لاحظنا ارتفاع نسبة حدوث الإختلاطات بعد التدخل ٢٣,٩١% مقابل ١٩,٠٥% ، وأيضا" فإن ارتفاع هذه النسبة مسؤول عنه بشكل رئيسي الحالات المحولة إلى المشفى وذلك نتيجة التأخير في وصول المريضات إلى المشفى والحالة الحرجة والسيئة التي يصلن بها ، وبالنسبة للحالات الحادثة في المشفى نجد انخفاضا" ملحوظا" في نسبة حدوث الإختلاطات بعد التدخل ٢٧,٢٧% مقابل ٤١,٦٦% .

لاحظنا ارتفاع نسبة الوفيات بعد التدخل ١٠,٨٧% مقابل ٤,٧٦%، ولكن كل حالات الوفيات التي حدثت بعد التدخل حدثت للمريضات المحولات الى المشفى ولم تحدث أية حالة وفاة للمريضات اللواتي حدث لديهن نزف الخلاص في المشفى وإن لم يكن هناك أي فارق ذو مغزى إحصائي ولكنه تقدم جيد في النتائج ، ونأمل ان نصل الى وقت يشطب فيه نزف الخلاص من قائمة المسببات للوفيات الوالدية أو على الأقل ألاَ يعتبر من الأسباب الرئيسة للوفيات .

كما عمدت هذه الدراسة إلى بيان أهمية التدريب , واتباع بروتوكولات عمل واضحة , ومتفق عليها ومواكبة للتطورات العالمية , في التشخيص المبكر والمعالجة الصحيحة لنزف الخلاص

ولكن لم تكن هذه الدراسة مثالية ، وهناك مجموعة من الأخطاء في تطبيقها ولم تحقق نتائج جيدة في بعض الجوانب ، وذلك بسبب عدد من الصعوبات والمعوقات بدء" من الدارس وانتهاء" بالمنظومة الطبية في المشفى .

وكما ذكرنا فإن تواجد الدارس لم يتجاوز ٦٥% قبل التدخل و٦٠% بعد التدخل ، وهذا التواجد غير كاف للحصول على نتائج موثوقة١٠٠% ، حيث تم لاستكمال البيانات للجوء إلى أضابير المريضات وسؤال الأطباء المناوبين .ولكن وفي حال إجراء دراسة مستقبلية في هذا المجال فإنه وفي حال تواجد أكثر من دارس فلن تكون النتائج أفضل حالا" ، وبالتالي نحن لسنا بحاجة إلى تعدد الدارسين ، بل نحن بحاجة على شفافية ومصداقية أكبر في توثيق المعلومات .

وكما ذكرنا فلقد كانت نسبة حضور طلاب الدراسات العليا للتدريب ٦٢,٣٦% فقط ، وهذا أيضا" من الأسباب التي أثرت سلبا" في التدخل ، وبالتالي فنحن بحاجة إلى تدريب إلزامي لتحقيق نتائج أفضل ، ويجب أن يشمل التدريب ليس فقط المقيمين وإنما كل الكوادر بدء" من التمريض والقابلات وانتهاء" بالمقيمين والأخصائيين , واعتماد منهجية واضحة في تدبير نزف الخلاص .

توفير تدريب جراحي ملائم يمكَن جميع الأطباء من القيام بالتداخلات الجراحية اللازمة لتدبير نزف الخلاص .

بالإضافة إلى توفير الأدوية والأدوات اللازمة لتدبير حالات نزف الخلاص في كل المراكز المعنية بتقديم الخدمة التوليدية

ورغم كل ما تم ذكره فإن هذه الدراسة قد حققت نجاحا" وإن كان نسبيا" وهذا يعكس أهمية التدريب في تشخيص نزف الخلاص وتدبيره ، ونأمل أن تكون هذه الدراسة خطوة في طريق الحد من مخاطر نزف الخلاص واختلاطاته وتقليل دوره في حصد أرواح أمهاتنا وأخواتنا وزوجاتنا .

في النهاية أقدم الشكر الى كل من كان عونا" في إتمام هذه الدراسة
من زملائي

وإلى كل الأساتذة والمشرفين والمدرسين ،الذين كانوا نبعا" نستقي
منه العلم والخبرة ولم يبخلوا علينا بعلمهم ومعرفتهم

وشكر خاص للأستاذ الكبير الأب الحنون

الأستاذ الدكتور

صلاح شيخة

وأخص بالشكر صاحبة الفضل في الفكرة لهذه الدراسة
والتي كانت عونا" كبيرا" وموجها" وناصحا" ومتابعا"
لكل خطوة من خطوات الدراسة والتي لولاها لم أكن
قادرا" على إنجاز شئ

أستاذتي ومعلمتي الأستاذة الفاضلة الدكتورة

أسماء عبد السلام

لك كل الشكر والإحترام

وشكر خاص للأستاذ الذي أفادنا بخبرته العلمية
والعملية

الأستاذ الدكتور

بشار كردي

المراجع الأجنبية

1. Mousa, HA, Alfirevic, Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2003; :CD003249.
2. Lu, MC, Fridman, M, Korst, LM, et al. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. Matern Child Health J 2005; 9:297.
3. Andolina, K, Daly, S, Roberts, N, et al. Objective measurement of blood loss at delivery: is it more than a guess? Am J Obstet Gynecol 1999; 180:S69.
4. Ueland, K. Maternal cardiovascular dynamics. VII. Intrapartum blood volume changes. Am J Obstet Gynecol 1976; 126:671.
5. Stafford, I, Dildy, GA, Clark, SL, Belfort, MA. Visually estimated and calculated blood loss in vaginal and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:519.
6. Lockwood, CJ, Schatz, F. A biological model for the regulation of peri-implantational hemostasis and menstruation. J Soc Gynecol Investig 1996; 3:159.
7. Lockwood, CJ, Nemerson, Y, Krikun, G, et al. Steroid-modulated stromal cell tissue factor expression: a model for the regulation of endometrial hemostasis and menstruation. J Clin Endocrinol Metab 1993; 77:1014.
8. Lockwood, CJ. Regulation of plasminogen activator inhibitor 1 expression by interaction of epidermal growth factor with progestin during decidualization of human endometrial stromal cells. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:798.
9. Lockwood, CJ, Krikun, G, Schatz, F. The decidua regulates hemostasis in human endometrium. Semin Reprod Endocrinol 1999; 17:45.
10. Dildy GA, 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. Clin Obstet Gynecol 2002; 45:330.
11. Combs, CA, Murphy, EL, Laros, RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; 77:69.
12. Sheiner, E, Sarid, L, Levy, A, et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. J Matern Fetal Neonatal Med 2005; 18:149.
13. Rouse, DJ, Leindecker, S, Landon, M, et al. The MFMU Cesarean Registry: uterine atony after primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:1056.
14. Nichols, WL, Hultin, MB, James, AH, et al. von Willebrand disease (VWD): evidence-based diagnosis and management guidelines, the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) Expert Panel report (USA). Haemophilia 2008; 14:171.
15. Kadir, RA, Lee, CA, Sabin, CA, et al. Pregnancy in women with von Willebrand's disease or factor XI deficiency. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:314.
16. Kadir, RA, Economides, DL, Braithwaite, J, et al. The obstetric experience of carriers of haemophilia. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:803.

17. Myers, B, Pavord, S, Kean, L, et al. Pregnancy outcome in Factor XI deficiency: incidence of miscarriage, antenatal and postnatal haemorrhage in 33 women with Factor XI deficiency. BJOG 2007; 114:643.
18. Kadir, RA, Kingman, CE, Chi, C, et al. Is primary postpartum haemorrhage a good predictor of inherited bleeding disorders?. Haemophilia 2007; 13:178.
19. Kadir, RA, Aledort, LM. Obstetrical and gynaecological bleeding: a common presenting symptom. Clin Lab Haematol 2000; 22 Suppl 1:12.
20. Novello, A, King, JC. Health Advisory: Prevention of Maternal Deaths Through Improved Managementof Hemorrhage. www.acog.org/acog_districts/dist_notice.cfm?recno=1 & bulletin=1517 (accessed May 2, 2006).
21. Munn, MB, Owen, J, Vincent, R, et al. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2001; 98:386.
22. Hofmeyr, GJ, Walraven, G, Gulmezoglu, AM, et al. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. BJOG 2005; 112:547.
23. O'Brien, P, El-Refaey, H, Gordon, A, et al. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. Obstet Gynecol 1998; 92:212.
24. Lokugamage, AU, Sullivan, KR, Niculescu, I, et al. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus Syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary post partum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:835.
25. Walraven, G, Dampha, Y, Bittaye, B, et al. Misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage in addition to routine management: a placebo randomised controlled trial. BJOG 2004; 111:1014.
26. Hofmeyr, GJ, Ferreira, S, Nikodem, VC, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial [ISRCTN72263357]. BMC Pregnancy Childbirth 2004; 4:16.
27. Su, LL, Chong, YS, Samuel, M. Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD005457.
28. Karpati, PC, Rossignol, M, Pirot, M, et al. High incidence of myocardial ischemia during postpartum hemorrhage. Anesthesiology 2004; 100:30.
29. Holcomb, JB, Jenkins, D, Rhee, P, et al. Damage control resuscitation: directly addressing the early coagulopathy of trauma. J Trauma 2007; 62:307.
30. Spahn, DR, Rossaint, R. Coagulopathy and blood component transfusion in trauma. Br J Anaesth 2005; 95:130.
31. Fuller, AJ, Bucklin, B. Blood component therapy in obstetrics. Obstet Gynecol Clin North Am 2007; 34:443.
32. Matot, I, Einav, S, Goodman, S, et al. A survey of physicians' attitudes toward blood transfusion in patients undergoing cesarean section. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:462.

33. Ho, AM, Dion, PW, Cheng, CA, et al. A mathematical model for fresh frozen plasma transfusion strategies during major trauma resuscitation with ongoing hemorrhage. Can J Surg 2005; 48:470.
34. Gonzalez, EA, Moore, FA, Holcomb, JB, et al. Fresh frozen plasma should be given earlier to patients requiring massive transfusion. J Trauma 2007; 62:112.
35. Burtelow, M, Riley, E, Druzin, M, et al. How we treat: management of life-threatening primary postpartum hemorrhage with a standardized massive transfusion protocol. Transfusion 2007; 47:1564.
36. Ketchum, L, Hess, JR, Hiippala, S. Indications for early fresh frozen plasma, cryoprecipitate, and platelet transfusion in trauma. J Trauma 2006; 60:S51.
37. Jansen, AJ, van Rhenen, DJ, Steegers, EA, Duvekot, JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. Obstet Gynecol Surv 2005; 60:663.
38. Practice guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. Anesthesiology 2006; 105:198.
39. Charbit, B, Mandelbrot, L, Samain, E, et al. The decrease of fibrinogen is an early predictor of the severity of postpartum hemorrhage. J Thromb Haemost 2007; 5:266.
40. Doumouchtsis, SK, Papageorghiou, AT, Arulkumaran, S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv 2007; 62:540.
41. Melamed, N, Ben-Haroush, A, Chen, R, et al. Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:388.
42. ACOG Practice Bulletin No. 76: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol 2006; 108:1039.
43. Bakri, YN, Amri, A, Abdul Jabbar, F. Tamponade-balloon for obstetrical bleeding. Int J Gynaecol Obstet 2001; 74:139.
44. Condous, GS, Arulkumaran, S, Symonds, I, et al. The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2003; 101:767.
45. Japaraj, RP, Raman, S. Sengstaken-Blakemore tube to control massive postpartum haemorrhage. Med J Malaysia 2003; 58:604.
46. Seror, J, Allouche, C, Elhaik, S. Use of Sengstaken-Blakemore tube in massive postpartum hemorrhage: a series of 17 cases. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84:660.
47. Doumouchtsis, SK, Papageorghiou, AT, Vernier, C, Arulkumaran, S. Management of postpartum hemorrhage by uterine balloon tamponade: prospective evaluation of effectiveness. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87:849.
48. Maier, RC. Control of postpartum hemorrhage with uterine packing. Am J Obstet Gynecol 1993; 169:317.
49. Hester, JD. Postpartum hemorrhage and reevaluation of uterine packing. Obstet Gynecol 1975; 45:501 .

المراجع العربية

٥٠- التوليد وأمراض النساء - تأليف: أعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد وأمراض النساء في جامعة دمشق- منشورات جامعة دمشق - الجزء الاول – الطبعة الثانية (٢٠٠٥ – ٢٠٠٦) - الصفحات (٥٧٦ – ٥٩٠).

٥١- التوليد - تأليف: أعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد وأمراض النساء في جامعة دمشق – منشورات جامعة دمشق - (٢٠٠٧ – ٢٠٠٨) - الصفحات (٣٣٩ , ٥٢٧ – ٥٣٩ , ٥٤١ - ٥٤٣).

٥٢- الدليل العملي في تدبير الحمول و الولادات عالية الخطورة – ترجمة :د . محمد المغربي – تقديم أ . د . صلاح شيخة – (١٩٩٦ – ١٩٩٧) – الصفحات (٤٣٧ – ٤٤٧) .